

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2026 (26), №2

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

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

Сайт журнала: psychildhealth-ru.ru

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

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2026

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,
Ю.Е. Куртанова, И.В. Макаров,
В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина,
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

А.Ю. Березанцев, М.Р. Константинова
К ТИПОЛОГИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ..... 4

Л.В. Павлей, О.Н. Солодчук, Ю.С. Филатова
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ХРОНИЧЕСКОГО
ГАСТРОДУОДЕНИТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... 14

Н.В. Филиппова, П.С. Астафьева, В.Г. Колдоркина П.С. Колосова, А.А. Пухлекова
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ VS КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ: АНАЛИЗ РАС
У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ..... 27

А.А. Ощепков
ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЛИЧНОСТИ НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
СКЛОННОСТИ К АГРЕССИВНОМУ И АУТОАГРЕССИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ
В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕЗАПНЫХ НАПАДЕНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА СВОИХ
СВЕРСТНИКОВ И УЧИТЕЛЕЙ В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ
(АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)..... 35

Н.А. Шмойлова, В.В. Молотова
ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ..... 47

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

Т.Р. Садыков, Т.П. Ключник, М.А.Омельченко, Г.В. Ларионов, В.О. Генералов
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦИРКУМЦИЗИИ КАК ТРИГГЕРА МАНИФЕСТАЦИИ
СИМПТОМОВ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА..... 57

Т.В. Волкова
ЗНАЧИМОСТЬ ПРОСВЕЩЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВОПРОСАХ ПОНИМАНИЯ
СМЕРТИ И ПРОЖИВАНИЯ ГОРЯ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕМИРОВОГО
СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА..... 63

Е. В. Тимошков
ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У КИБЕРСПОРТСМЕНОВ
СРЕДСТВАМИ АНТИСТРЕССОВОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ
(НА ПРИМЕРЕ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ)..... 74

ОБОЗРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

З.А. Федорова, Я.А. Близинок, Ю.В. Хуторянская, С.В.Гречаный
РАННИЙ СЕКСУАЛЬНЫЙ ОПЫТ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМ ПСИХИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
(НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР)..... 82

Н.Н. Таньков, Я.Н. Демидов
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ШКОЛЬНИКОВ, СТРАДАЮЩИХ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ..... 93

С.В. Абрамов, И.С. Карауш
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ СМАРТФОНА НА ПСИХИКУ В ДЕТСКОМ
И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... 100

Д.Э. Новикова, Ю.А. Шулекина, И.П. Киреева
ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И ФОРМИРОВАНИЕ
КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ..... 111

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 122

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

A.Y. Berezantsev, M.R. Konstantinova

TOWARDS A TYPOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS..... 4

L.V. Pavley O.N. Solodchuk, Yu.S. Filatova

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF CHRONIC GASTRODUODENITIS
IN ADOLESCENCE..... 14

N.V. Filippova, P.S. Astafieva, V.G. Koldorkina, P.S. Kolosova, A.A. Pukhlekova

GENETIC IDENTITY VERSUS CLINICAL DIFFERENCES ANALYSIS OF ASD
IN MONOZYGOTIC TWINS..... 27

A.A. Oshchepkov

THE INFLUENCE OF PERSONAL RESILIENCE ON REDUCING THE LEVEL
OF TENDENCY TO AGGRESSIVE AND AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR
IN THE CONTEXT OF THE PROBLEM OF SUDDEN ATTACKS BY STUDENTS
ON THEIR PEERS AND TEACHERS WITHIN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT
(ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE EMPIRICAL RESEARCH)..... 35

N.A. Shmoilova, V.V. Molotova

CHARACTERISTICS OF SELF-ACTUALIZATION IN ADOLESCENCE: PSYCHOLOGICAL
ANALYSIS AND DEVELOPMENTAL CONDITIONS..... 47

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

T.R. Sadykov, T.P. Klyushnik, M.A. Omelchenko, G.V. Larionov, V.O. Generalov

A CLINICAL CASE OF CIRCUMCISION AS A TRIGGER FOR THE MANIFESTATION
OF SYMPTOMS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER..... 57

T.V. Volkova

THE IMPORTANCE OF EDUCATING CHILDREN AND ADOLESCENTS
ABOUT UNDERSTANDING DEATH AND EXPERIENCING GRIEF IN THE CONTEXT
OF THE MODERN GLOBAL SOCIO-CULTURAL SPACE..... 63

E. V. Timoshkov

PREVENTION OF MENTAL STRESS IN E-ATHLETES USING ANTI-STRESS PLASTIC
GYMNASTICS..... 74

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATERIALS

Z.A.Fedorova, Ya.A. Blizniuk, Yu.V. Khutoryanskaya, S.V. Grechanyi

EARLY SEXUAL EXPERIENCE AND ASSOCIATED MENTAL DISORDERS
IN ADOLESCENCE AND YOUNG AGE (NARRATIVE REVIEW)..... 82

N.N. Tankov, Ya.N. Demidov

PSYCHOEDUCATIONAL SUPPORT OF SCHOOLCHILDREN SUFFERING
FROM POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: FOREIGN EXPERIENCE..... 93

S.V. Abramov, I.S. Karaush

SOME ASPECTS OF THE SMARTPHONE'S INFLUENCE ON THE PSYCHE
IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE..... 100

D.E. Novikova, Ju. A. Shulekina, I. P. Kireeva

PERSONALIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS AND THE FORMATION
OF CRITICAL THINKING IN THE CONDITIONS OF TRANSFORMATION
OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT..... 111

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 122

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

УДК 616.89 – 053.6 (571.54)

**А.Ю. Березанцев, М.Р. Константинова
К ТИПОЛОГИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ****ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатриче-
ская больница им. Ф.А. Усольцева» (Москва).**

Резюме. В статье на основе изучения тридцати посмертных заключений комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз завершенных суицидов детей и подростков проведен анализ клинических, социальных и индивидуально-психологических факторов риска. На основе полученных данных рассматривается феноменология суицидального поведения, вводится понятие «суицидального сценария», рассматриваются его структурно-динамические характеристики. На основе анализа клинических наблюдений выделяются константные, мерцающие и импульсивные типы суицидальных сценариев с точки зрения их темпоральных (временных) измерений, а также их клинко-психологические структурные характеристики в виде квазипсихотического, депрессивного, гипертимного, импульсивного и недифференцированного вариантов. Рассматривается соотношение динамических и структурных компонентов суицидальных сценариев. Делается вывод о необходимости дальнейшего изучения типологии суицидального поведения детей и подростков с целью совершенствования методов профилактики суицидов.

Ключевые слова: суицидальное поведение у детей и подростков, суицидальный сценарий, структурно-динамические характеристики.

Введение. Рост суицидов среди детей и подростков является актуальной проблемой современного общества. Несмотря на активно разрабатываемые профилактические меры уровень подросткового суицидального поведения остается по-прежнему высоким, что может быть обусловлено рядом аспектов. Во-первых, это многофакторность истоков суицидального поведения у подростков, которая включает такое огромное количество разноплановых факторов и их взаимосвязей, что определить конкретные причины суицидальности бывает крайне затруднительно. На сегодняшний день концепция этиологии суицидального поведения подразумевает сочетание биологических (включая генетические, физиологические и пр.), социальных, индивидуально-психологических и психопатологических (при их наличии) факторов. Это обширные кластеры признаков, которые пересекаются между собой и формируют специфические суицидальные интенции, до сих пор до конца не изученные и с трудом классифицируемые. Поэтому только индивидуальный подход, исследование каждого конкретного случая позволяет выявить *наиболее вероятные* причины суицидального поведения у подростка. Во-вторых, суицидальные признаки полиморфны, что особенно ярко проявляется в подростковом возрасте ввиду незре-

лости и неустойчивости личностной структуры, особенностей мышления, когний и эмоционально-волевой сферы. Причем дифференцировать условную возрастную норму от симптомов развивающегося психического расстройства бывает непросто. В-третьих, вслед за постоянно изменяющимся миром следуют как трансформация нормативных психических функций, так и патоморфоз психических расстройств. Причины и проявления суицидального поведения приобретают все новые черты, многие из которых не систематизированы в профессиональной литературе. Все вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что для целенаправленного применения терапевтических и профилактических мер необходима разработка современных моделей суицидальности и классификаций, включающих в себя аспекты этиологии и патогенеза, субклинических или клинических проявлений суицидального поведения у подростков.

К анализу причин суицидального поведения на протяжении многих лет обращались многие мыслители и ученые. Авторитетные отечественные суицидологи А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко [1] утверждали, что суицид представляет собой комплексный результат воздействия различных социальных, психологических и патопсихологических факторов, а его генез определяется их соотношением. Среди многообразия суицидальных факторов, взаимосвязей между ними определяется общий субстрат их воздействия, - сознание подростка, где и зарождаются смыслы, мотивы и решения.

Одним из мыслителей, исследовавших динамику индивидуального сознания самоубийц, был выдающийся отечественный философ Николай Бердяев. Он определял самоубийство как психологическое явление, основным содержанием которого является страдание [2], что вполне соотносится с «психалгией» современного американского психолога Э. Шнейдмана [3]. Основной характеристикой этого страдания, по Н. Бердяеву, является переживание бессмысленности и безнадежности, а «безнадежность же есть страшное сужение сознания...». В представлении о том, что некая деформация сознания, предшествующая совершению самоубийства, хотя и определяемая психологическими понятиями, у суицидента должна присутствовать, в настоящее время сходятся и клиницисты, и философы. Э. Шнейдман данное явление называл «констрикцией», когда внимание человека сконцентрировано в одном узком туннеле, при этом данные состояния автор рассматривает как чисто психологический феномен. Согласно межличностной теории суицида Т.Е. Joiner [4], человек не покончит жизнь самоубийством, если у него одновременно нет сильного желания умереть и достаточной способности так сделать. В качестве специфических психологических предикторов суицидального поведения были выделены фрустрированные межличностные потребности: чувство брошенности и восприятие себя как обузы, а также приобретенная способность к суициду или бесстрашие перед смертью. Вместе с тем, несмотря на достаточно обширную литературу, посвященную данному вопросу, клинико-психологическая типология подростковых суицидов остается недостаточно изученной.

Таким образом, **целью исследования** было выделение основных структурно-динамических параметров суицидального поведения, характерных для лиц

подросткового возраста, и обозначение типологических вариантов подростковых суицидов на основе анализа клинико-социальных характеристик подэкспертных.

Материал и методы. Было проанализировано 30 случаев посмертных судебно-психиатрических экспертиз с квалификацией подростков по параметрам пола, возраста, факторов риска, диагноза психического расстройства, индивидуально-психологических особенностей, аспектов пресуицидального периода, что позволило выделить типы суицидальных сценариев и структурно-феноменологические характеристики суицидов, которые нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении. В исследовании использовался описательно-статистический метод.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного исследования было выявлено, что в 17 случаях (56,7%) от всей выборки жизнь суицидом окончили подростки мужского пола, когда частота суицидов у подростков женского пола составила соответственно 13 случаев (43,3%). В 20 случаях (66,7%) выборки жизнь суицидом заканчивали подростки в возрастном периоде от 15 до 17 лет, в возрастном периоде от 11 до 14 лет этот процент был равен 33,3% (10 случаев). Причем в 88,2% случаев позитивная фаза пубертатного периода (15-17 лет) превалировала у суицидентов мужского пола, тогда как подростки женского пола чаще совершали суицид в негативной фазе пубертатного периода (11-14 лет) (61,5% случаев).

Таблица 1.

Распределение суицидентов по полу

	Мужской пол (17 из 30; 56,7%)	Женский пол (13 из 30; 43,3%)
11-14 лет (10 из 30; 33,3%)	2 (11,8%)	8 (61,5%)
15-17 лет (20 из 30; 66,7%)	15 (88,2%)	5 (38,5%)

В качестве факторов, которые могли оказать влияние на суицидальное поведение, были выделены: органические (раннее органическое поражение центральной нервной системы, травмы головы) – 18 случаев (60%) и социальные (конфликты в семье, школе, развод родителей, проблемы личных взаимоотношений) – 16 случаев (53,3%). Сочетание органических и социальных факторов было выявлено у 8 (26,7%) суицидентов. Также в одном (3,3%) случае имело место побуждение подростка к совершению суицида со стороны третьих лиц. Наследственная отягощенность по суицидальному поведению была выявлена в одном случае (3,3%).

Таблица 2.

Факторы, влиявшие на суицидальное поведение

Факторы риска	Количество наблюдений
Наследственность	1 (3,3%)
Органические	18 (60%)
Социальные	16 (53,3%)
Побуждение со стороны	1 (3,3%)
Отсутствуют	4 (13,3%)

Наличие психического расстройства было констатировано у 18 (60%) суицидентов, причем 6 (33,3%) из них пришлось на формирующееся расстройство личности, 5 (27,8%) – на депрессивные, 3 (16,7%) – на невротические расстройства, и по 2 (11,1%) на шизотипическое расстройство и пагубное употребление алкоголя. Сочетание внешних факторов с наличием психического расстройства было установлено в 16 (53,3%) случаях.

Таблица 3.

Наличие психических расстройств

Психические расстройства	Количество наблюдений
Формирующееся расстройство личности (F60-62)	6 (20,0%)
Депрессивные расстройства (F32)	5 (16,6%)
Невротические расстройства (F40-49)	3 (10,0%)
Шизотипическое расстройство (F21)	2 (6,7%)
Пагубное употребление алкоголя (F10.1)	2 (6,7%)
Отсутствуют	12 (40%)

Наиболее часто встречающимися индивидуально-психологическими особенностями оказались сенситивность (53,3%), эмоциональная лабильность (43,3%), потребность во внимании (40%), тревожность (30%), замкнутость, сосредоточенность на своем внутреннем мире (26,7%), ригидность и категоричность (26,7%), поверхностная общительность (23,3%). Также были выявлены такие индивидуально-психологические особенности, как незрелость, неуверенность в себе, низкая самооценка, вспыльчивость и импульсивность, внушаемость.

Из клинико-психологических и поведенческих проявлений в пресуицидальный период наиболее часто отмечались: неустойчивость аффекта (17 случаев; 56,7%), вербальная (высказывание суицидальных мыслей) (15 случаев; 50%) и невербальная (суицидальные сообщения, записки, творчество на суицидальную тематику) (14 случаев; 46,7%) суицидальность. Изменение эмоционального состояния в сторону подавленности наблюдалось в 14 случаях (46,7%). В 10 случаях имели место самоповреждающее поведение (33,3%), интериоризация переживаний и шантажно-демонстративное поведение наблюдались в 8 случаях (26,7%). Также были выявлены такие аспекты пресуицидального периода, как эмоциональное напряжение, аддиктивное поведение, идеи самоуничтожения, собственной ненужности, дисморфофобии (по 7 случаев; 23,3%). Просмотр суицидального контента (фильмы, группы смерти, видео и пр.) составил 20% от выборки. Предшествующие попытки суицида отмечались только в 4 случаях (13,3%).

Анализ клинических наблюдений с точки зрения структурно-динамических характеристик психического состояния суицидентов позволил прийти к следующим умозаключениям. Период времени от возникновения суицидальных мыслей до реализации суицида, который можно назвать «суицидальным сценарием», может быть различным по продолжительности. Суицидальные мысли и представления могут присутствовать в сознании месяцы и даже годы либо постоянно (протрагированный суицидальный сценарий), либо эпизодическими (мерцающий сценарий), однако в случае реализации суицида

сценарий выходит на финальный этап, который можно назвать «суицидальной (терминальной) прямой», когда редуцируется борьба мотивов и самоубийство становится субъективно неизбежным.

Таблица 4.

Клинико-психологические особенности пресуицидального периода

Особенности пресуицидального периода	Количество наблюдений
Неустойчивость аффекта	17 (56,7%)
Вербальная суицидальность	15 (50%)
Невербальная суицидальность	14 (46,7%)
Подавленность	14 (46,7%)
Самоповреждающее поведение	10 (33,3%)
Интериоризация переживаний	8 (26,7%)
Шантажно-демонстративное поведение	8 (26,7%)
Эмоциональное напряжение	7 (23,3%)
Аддиктивное поведение	7 (23,3%)
Идеи самоуничтожения, собственной ненужности, дисморфофобии	7 (23,3%)
Просмотр суицидального контента	6 (20%)
Предшествующие попытки суицида	4 (13,3%)
Отсутствуют	1 (3,3%)

Хотя психическое состояние суицидента на этой финальной прямой мало-доступно для исследования, в ряде случаев о нём можно судить по некоторым косвенным признакам – по описаниям поведения суицидента окружающими, по содержанию предсмертных записок, по самоописанию суицидента, в случае если попытка суицида оказалась незавершенной. Можно предположить, что эта суицидальная «терминальная прямая» может значительно варьировать по времени – от нескольких суток до нескольких минут. Вероятно, в случае совершения неожиданных суицидов весь суицидальный сценарий может исчерпываться только «терминальной прямой»: возникновением мыслей и визуализированных образных представлений и их непосредственной последующей реализацией (импульсивный сценарий). При этом общие предпосылки, создающие опасность суицида (для любых вариантов сценария): особенности интерперсональных отношений; феномены «восприятия себя как обузы», «чувства брошенности»; индивидуально-личностные особенности и социальные стрессоры остаются прежними. По сути «восприятие себя как обузы» и «чувство брошенности» - это содержательные компоненты одновременно и «психалгии» и феномена суженного («туннельного») сознания, поскольку рефлексиируют переживания безысходности, отдаленности от социума. Подросток переживает чувства ненужности и отвергнутости со стороны окружающего мира, что влечет за собой обесценивание своего существования перед самим собой и дает побуждение к прекращению собственной жизни как единственному способу разрешению проблемы.

Очевидно, что характеристики психического состояния суицидента (особенно в период, непосредственно предшествующий самоубийству) могут отличаться

значительным своеобразием и не укладываться в рамки как чисто психологической трактовки, так и принятых психиатрических дефиниций. Если рассматривать весь континуум психических состояний, непосредственно предшествующих суициду, у ранее психически здоровых субъектов, то можно отметить, что в некоторых случаях их состояние явно выходит за рамки даже крайних вариантов психической нормы и может характеризоваться спонтанно возникающими транзиторными психотическими переживаниями. Поэтому «суженное сознание» может содержать элементы психопатологии, хотя сущность данного феномена ими не исчерпывается. В современной психиатрии наиболее близким понятием, которым можно квалифицировать выходящие за рамки клинической нормы феномены, являются «квазипсихотические симптомы» – транзиторные эпизоды, включающие в себя идеаторные нарушения, иллюзии, слуховые или иные галлюцинации, бредоподобные идеи, нередко наблюдающиеся у лиц с шизотипическими расстройствами либо являющиеся предвестниками развития психоза и возникающие, как правило, без внешней провокации. Вместе с тем, подобные эпизоды могут провоцироваться определенным стечением внешних обстоятельств, и возникать у психически здоровых людей. Такие состояния можно охарактеризовать как ситуационно суженное сознание с элементами психопатологии.

Длительные депрессивные состояния формируют некое постоянное (константное) фокусирование сознания на негативных переживаниях часто с суицидальной составляющей. Однако далеко не всегда подобные депрессии приводят к завершению суициду. Нам приходилось наблюдать подростков с длительно протекающими депрессивно-суицидальными переживаниями и яркой изобразительной продукцией (рисунками на суицидальные темы), у которых аутоагрессивные тенденции и проявления депрессивной симптоматики с возрастом нивелировались и наступала удовлетворительная социальная адаптация. Таким образом, депрессивные расстройства можно рассматривать лишь как один из предрасполагающих факторов в формировании фатальных суицидальных сценариев, что еще раз подтверждает положение, что для завершения суицида необходимо сочетание многих психопатологических, индивидуально-личностных, средовых и ситуационных факторов.

Выше обсуждались квазипсихотические и депрессивные варианты пресуицидальных состояний. Вместе с тем, в целом ряде наших наблюдений выход на «суицидальную прямую» сопровождался парадоксальными на первый взгляд изменениями в психическом состоянии, когда признаки угнетенного до того настроения (если таковые отмечались) сменялись психологическим подъемом, подростки выглядели оживленными, даже веселыми, замкнутость сменялась активным общением с окружающими, те, кто избегал отвечать на уроках, наоборот, начинали проявлять активность, в некоторых случаях это сопровождалось шутками на суицидальные темы и имитацией соответствующих действий, например имитация линейкой самопорезов в области вен. Обычно подобное поведение непосредственно предшествовало суициду и длилось от одного до нескольких дней. Подобные высказывания и имитацию суицидальных действия в таких случаях окружающие воспринимали как шутки, и дальнейшее совершение подростком самоубийства оказывалось

для всех полной неожиданностью. Подобный вариант пресуицидальных состояний можно определить как «гипертимный». Изменения в психологическом состоянии и поведении в таких случаях можно интерпретировать как следствие редукции борьбы мотивов и восприятия суицида как неизбежного и желанного скорого избавления подростка от страданий. К разновидности гипертимного варианта, вероятно, следует отнести пресуицидальное поведение, когда имитация суицидального поведения в игровой форме становится ведущей в поведении подростка. Подобные, иногда встречающиеся «игровые» сценарии суицидального (рискованного) поведения становятся доступными для анализа после окончания «игры» завершенным суицидом. Здесь следует отметить, что в данном случае речь не идет о рискованных формах поведения вообще (например, «зацепинге» и другом поведении повышенного риска, которые могут закончиться несчастным случаем со смертельным исходом), а именно о повторяющейся имитации суицида в игровой форме, которое как бы нивелирует значимость собственной жизни и суицида как такового, являясь своего рода «разминкой» перед его завершением. Это могут быть различные действия, например, имитация самоповешения, самопорезов, демонстрация балансирования на большой высоте и т. д. Причем эти действия нередко сопровождаются фото- или видеосъемкой с телефона с ироничными комментариями и представляется как шутка. Можно предположить, что смертельный исход может не являться осознаваемой целью подобного поведенческого сценария, но подобная «игра со смертью» свидетельствует о глубоком психологическом неблагополучии субъекта и, вероятно, о наличии тех же предрасполагающих факторов, характерных для завершенных суицидов, хотя во многих случаях для стороннего наблюдателя судить об их присутствии не представляется возможным. При этом «обесценивание» смерти в игровой форме может свидетельствовать, с одной стороны, о стремлении к суициду, с другой, о страхе перед смертью. В таких случаях длительность «суицидальной прямой» можно интерпретировать двояко. С одной стороны, ее можно определить как мгновение, когда «игра» выходит за свои рамки и реализуется как поступок, с другой, весь период активной «игры со смертью» уже можно расценивать как своего рода «русскую рулетку», любой поворот которой может закончиться трагически.

Довольно распространенным среди лиц подросткового возраста является быстротекущий, импульсивный суицидальный сценарий. Когда подросток на фоне фрустрирующей ситуации принимает решение совершить самоубийство без предшествующей развернутой пресуицидальной фазы. Триггерами для этого могут стать как значительные, психотравмирующие, так и субъективно важные, утрированно трактованные, обстоятельства (кататимный или ситуационный тип суицида). В данном случае процесс образования смысловой суицидальной формы еще более ограничен. Можно сказать, что наряду с естественно незрелым самосознанием дополнительно возникает его резко аффективное сужение. Такой тип суицидального поведения также не привязан к конкретной нозологии и может встречаться как у ранее психически здоровых подростков в момент развития острой реакции на стресс, так и у формирующихся психопатов. Если в первом случае (у психически здоровых) причинно-следственные

связи устанавливаются практически безошибочно по модели ситуация—суицид, то ведущий механизм психопатического реагирования проследить бывает затруднительно. Во-первых, потому, что в подростковом возрасте признаки формирующегося расстройства личности не всегда можно дифференцировать от кризовых периодов. Во-вторых, диффузность психопатических переживаний размывает границы фрустрации, т. е. выделить конкретный предмет внутреннего конфликта не представляется возможным.

В ряде наблюдений не имеется никаких данных, свидетельствующих о каких-либо значимых изменениях в психическом состоянии подэкспертного в пресуицидальный период, и каких-либо психологических факторах, которые могли бы оказать существенное влияние на его поведение. Подобные наблюдения без очевидных для внешнего наблюдателя пресуицидальных паттернов поведения можно обозначить как недифференцированный тип пресуицидальных состояний. Данная категория (недифференцированный тип), вероятно, является собирательной, поскольку может включать в себя как случаи с единичной «мерцающей суицидальностью», когда сформировавшаяся «суицидальная прямая» не имеет очевидных долгосрочных предпосылок и является ситуационно сформированным и возможно единственным в жизни побуждением к суициду, так и варианты латентной суицидальности, когда суицидальный сценарий, возможно, разворачивался во времени в течение длительного периода, но очевидным образом не отражался на поведении суицидента, или окружающие не замечали признаков его неблагополучия. В подобных случаях, дается заключение об отсутствии каких-либо психических расстройств у подэкспертного при жизни, а также об отсутствии психологических факторов, влияющих на эмоциональное состояние, которые позволили бы сделать вывод о наличии у подэкспертного в период, предшествующий смерти, психологического состояния, predisposing к совершению суицида.

В динамическом плане суицидальные сценарии распределились приблизительно в равных пропорциях. Протрагированный вариант отмечался в 30% случаев, мерцающий в 33,3% и импульсивный в 26,7%. Превалирующим типом суицида по результатам исследования стал кататимный(ситуационный) тип (13 случаев из 30; 43,3%), депрессивный тип был выявлен у 11 (36,6%) суицидентов, квазипсихотический, эйфорический и недифференцированный типы суицидов составили по 6,7% от выборки. При кататимном типе суицидальный сценарий, согласно анализу, носил импульсивный (53,8%) и мерцающий (46,2%) характер. При депрессивном типе чаще всего встречался протрагированный суицидальный сценарий (54,5%), также отмечались мерцающий суицидальный сценарий (27,3%), в двух наблюдениях (18,2%) импульсивный тип. При квазипсихотическом и недифференцированном типах суицида наблюдался только импульсивный суицид. При эйфорическом типе суицидальный сценарий носил мерцающий характер. При этом квазипсихотический и эйфорический тип встречались только у подростков, страдающих психическими расстройствами. Недифференцированный тип суицида в 100% коррелировал с отсутствием психиатрического диагноза. Соотношение динамических и клинико-психологических типологических характеристик представлено в табл. 5.

Таблица 5.

Соотношение динамических и клинико-психологических характеристик

	Квазипсихотический (2 из 30; 6,7%)	Депрессивный (11 из 30; 36,6%)	Гипертимный (эйфорический) (2 из 30; 6,7%)	Кататимный (ситуационный) (13 из 30; 43,3%)	Недифференцированный (2 из 30; 6,7%)
Протрагированный (9 из 30; 30%)	-	6 (54,5%)	-	-	-
Мерцающий (10 из 30; 33,3%)	-	3 (27,3%)	2 (100%)	6 (46,2%)	-
Импульсивный (11 из 30; 26,7%)	2 (100%)	2 (18,2%)	-	7 (53,8%)	2 (100%)
Итого	2 (100%)	11 (100%)	2 (100%)	13 (100%)	2 (100%)

Следует отметить, что клинико-психологическая типология суицидальных сценариев не вполне соответствует нозологической квалификации психических расстройств. Так, если диагноз депрессивного расстройства был установлен у 5 подэкспертных, то депрессивный тип суицидального сценария был констатирован в 11 наблюдениях. Это объясняется тем что недостаток объективных данных во многих случаях не позволял установить тот или иной нозологический диагноз. В то же время, если у подэкспертного в течение длительного времени прослеживалась отчетливая стойкая тенденция к снижению настроению, эмоциональной подавленности, что отчетливо проявлялось в поведении и высказываниях подростка, на фоне которых и совершались суицидальные действия, то это позволяло констатировать депрессивный тип суицидального сценария.

Заключение. Таким образом, можно выделить несколько типов и модальностей суицидального поведения у подростков, хотя данная типология, вероятно, не является завершенной и окончательной.

I. Структурно-динамическая типология суицидальных сценариев:

1) константная (протрагированная) суицидальность – растянутая во времени, когда выход на «суицидальную прямую» происходит после длительного периода непрерывного существования идеаторной составляющей;

2) мерцающая суицидальность – внезапные наплывы «психалгии» и патопсихологической трансформации сознания, создающие предпосылки к формированию «суицидального сценария», реализация которого также зависит от ситуационных факторов (например, провоцируется психосоциальными фрустрациями, алкогольным опьянением);

3) импульсивная суицидальность – резко укороченный, без пресуицидальной фазы, период принятия суицидального решения, следующий непосредственно за психотравмирующей ситуацией или без видимых очевидных внешних причин.

II. Клинико-психологическая типология суицидальных сценариев:

- 1) квазипсихотический
- 2) депрессивный
- 3) гипертимный (эйфорический)
- 4) кататимный(ситуационный)
- 5) недифференцированный.

Следует уточнить, что в данной классификации не рассматривается психотический уровень суицидального поведения. Реакции больных, находящихся в психозе, на внешние стимулы диктуются теми компенсаторными механизмами, которые включаются в ответ на распад смыслов в связи с бредовыми переживаниями, обманами восприятия, автоматизмами и прочее. В подобных случаях суицидальное поведение имеет свои отдельные сценарии.

Ограничения исследования – малый объем выборки. Работа будет продолжена.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. М., 1980. 54 с.
2. Бердяев Н.О. самоубийстве. Психологический этюд. Paris: YamcaPress, 1931. 45 с.
3. Шнейдман Э. Разум самоубийцы. М.: Эксмо, 2023. 272 с.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G. Tikhonenko V.A. Diagnostika suiczidal'nogo povedeniya: metodicheskie rekomendaczii. M., 1980. 54 с.
2. Berdyayev N.O. samoubijstve. Psikhologicheskij e`tyud. Paris: YamcaPress, 1931. 45 s.
3. Shnejdman E`. Razum samoubijczy`. M.: E`ksmo, 2023. 272 s.
4. Joiner T.E. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. 205 p.

A.Y. Berezantsev, M.R. Konstantinova

TOWARDS A TYPOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Central Clinical Psychiatric Hospital named after F.A. Usoltsev (Moscow).

Summary. Based on the study of thirty postmortem reports of complex forensic psychological and psychiatric examinations of completed suicides of children and adolescents, the article analyzes clinical, social, and individual psychological risk factors. Based on the data obtained, the phenomenology of suicidal behavior is considered, the concept of a "suicidal scenario" is introduced, and its structural and dynamic characteristics are considered. Based on the analysis of clinical observations, constant, flickering and impulsive types of suicidal scenarios are distinguished in terms of their temporal dimensions, as well as their clinical and psychological structural characteristics in the form of quasi-psychotic, depressive, hyperthymic, impulsive and undifferentiated variants. The correlation of dynamic and structural components of suicidal scenarios is considered. It is concluded that it is necessary to further study the typology of suicidal behavior in children and adolescents in order to improve suicide prevention methods.

Keywords: suicidal behavior in children and adolescents, suicidal scenario, structural and dynamic characteristics.

УДК 616.33-002.2-053.6:159.9

Л.В. Павлей, О.Н. Солодчук, Ю.С. Филатова
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ХРОНИЧЕСКОГО
ГАСТРОДУОДЕНИТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский универси-
тет» (Ярославль).

Резюме. В статье представлены результаты исследования: обследованы 53 подростка 15–17 лет (30 девочек, 23 мальчика; средний возраст $16,1 \pm 0,7$ года) с хроническим гастродуоденитом, находившихся на стационарном лечении. Применялись методики: «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН), Шкала астенического состояния (ШАС) и опросник качества жизни (КЖ) PedsQL 4.0. Для статистического анализа использованы корреляционный анализ Спирмена, кластерный анализ, множественная линейная регрессия. Адаптивные типы отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) сопряжены с меньшей выраженностью астении и более высоким КЖ. Регрессионный анализ показал, что неврастенический тип - ведущий предиктор астении. Путем кластерного анализа выделены три профиля реагирования: адаптивный (58,5%), тревожно-ипохондрический (22,6%) и дизадаптивный¹ смешанный (18,9%).

Ключевые слова: хронический гастродуоденит (ХГД), подростки, тип отношения к болезни, астения, КЖ, ТОБОЛ, PedsQL, кластерный анализ.

Актуальность. Распространенность гастроэнтерологической патологии среди подростков 15–17 лет в России остается высокой: по региональным данным, она составляет 93,8 на 1000 детей этого возраста, а заболевания органов пищеварения занимают одно из первых мест в структуре соматической патологии [3]. Значительная часть этих заболеваний носит функциональный характер, однако клинические симптомы нередко сочетаются с нарушением эмоционального фона: повышенной тревожностью, раздражительностью, нарушением сна, утомляемостью. В подростковом возрасте впервые манифестируют или обостряются состояния, ранее типичные для взрослых, -гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), эрозивные гастриты и дуодениты [4, 13, 14].

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

Психоэмоциональное напряжение - один из ведущих факторов в патогенезе гастроэнтерологических заболеваний у подростков. Нарушение эмоциональной регуляции ведет к активации симпатoadреналовой системы, изменению моторики желудка и кишечника, нарушению желудочной секреции. Тревожность и депрессивные состояния ассоциируются с нарушением барьерной функции ЖКТ и изменением состава кишечной микробиоты [8, 36, 37, 38]. Хронический стресс сопровождается дисрегуляцией вегетативной нервной системы, что дополнительно усугубляет моторно-секреторные нарушения [17, 20]. Тревожность, депрессивные проявления, соматизированный дистресс и дисфункциональные стратегии совладания связаны с тяжелым течением симптоматики и снижением КЖ [21, 25, 31, 35].

Взаимосвязь функциональных гастроинтестинальных расстройств с психической симптоматикой обусловлена дисрегуляцией микробиоты, нейровоспалением и центральной сенситизацией [38]. У детей с расстройствами взаимодействия мозга и кишечника тревожность и депрессия выступают наиболее значимыми коморбидными состояниями, причем интенсивность абдоминальной боли и частота диарейных эпизодов являются независимыми предикторами их развития [19]. Негативный аффект, руминация и подавление эмоций в совокупности объясняют значительную долю дисперсии показателей КЖ при функциональных гастроинтестинальных расстройствах - больше, чем любой соматический параметр по отдельности [29].

Подростковый возраст - период высокой уязвимости к социальным стрессорам [6]. Давление со стороны социального окружения и внутренние кризисные переживания способны приводить к дизадаптивным формам реагирования, включая психосоматические нарушения. В этот период складываются устойчивые паттерны реагирования на стресс и копинга. Особое место занимает внутренняя картина болезни (ВКБ): тип отношения к заболеванию, формирующийся в подростковом возрасте, определяет уровень комплаентности и характер дальнейшей социальной адаптации [6, 7, 9]. Подросток с неприятием болезни может демонстрировать нарушение режима лечения, избегающее поведение или, напротив, гиперфиксацию на симптомах [5, 10, 26]. У подростков с ХГД чаще встречаются тревожный, ипохондрический и неврастенический типы реагирования, для которых характерны фиксация на болезненных ощущениях и страх ухудшения состояния [13, 14].

Хроническое воспаление, болевой синдром, нарушения сна и психоэмоциональное напряжение формируют у подростков с ХГД стойкое снижение энергетического потенциала, проявляющееся повышенной утомляемостью и снижением учебной продуктивности [1, 12]. Нарушения сна, тесно взаимосвязанные с тревогой и депрессией, дополнительно ухудшают дневное функционирование и КЖ детей с гастроэнтерологической патологией [24, 31]. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей ведут к выраженному снижению КЖ, длительным пропускам занятий и социальной изоляции; у 41% детей симптомы сохраняются во взрослом возрасте [37]. Психосоциальный дистресс и неэффективные стратегии совладания у детей с расстройствами взаимодействия кишечника и мозга напрямую коррелируют со снижением всех доменов КЖ [28, 32]. Эффективность психосоциальных вмешательств в улучшении КЖ и снижении интенсивности абдоминальной боли у детей с функциональными расстройствами ЖКТ

подтверждена систематическими обзорами и метаанализами [40].

Проведенное исследование обладает **научной новизной**, а именно комплексная оценка взаимосвязей между типом отношения к болезни, астенией и КЖ у подростков с ХГД в научных источниках практически не представлена.

Цель: изучить структуру взаимосвязей между типом отношения к болезни, астенией и КЖ у подростков с ХГД и определить предикторы снижения КЖ.

Материалы и методы. В исследование включены 53 подростка в возрасте 15–17 лет, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» г. Ярославля. В выборке 30 девочек (56,6%) и 23 мальчика (43,4%); средний возраст $16,1 \pm 0,7$ года. Все участники подписывали информированное согласие.

Применялись следующие методики: опросник «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН), Шкала астенического состояния (ШАС), опросник КЖ PedsQL 4.0 и методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). PedsQL 4.0 является стандартизированным инструментом оценки КЖ у детей и подростков, валидированным для применения при хронических соматических заболеваниях [15, 16]. Комплексная оценка, включающая психологические и соматические параметры, соответствует современным стандартам ведения детей с гастроэнтерологической патологией [2, 8].

Критерии включения: верифицированный диагноз ХГД, стадия обострения или неполной ремиссии, возраст 15–17 лет, подписанное информированное согласие. Критерии невключения: острые соматические состояния, требующие интенсивной терапии; психические расстройства в анамнезе; отказ от участия.

Статистическая обработка выполнена с использованием пакетов непараметрической и параметрической статистики. Нормальность распределения проверялась критерием Шапиро–Уилка. Корреляционный анализ проводился методом ранговой корреляции Спирмена. Для анализа значимых различий применялся U-критерий Манна–Уитни. Для выделения устойчивых профилей отношения к болезни проведен кластерный анализ методом k-средних с предварительной стандартизацией 12 шкал ТОБОЛ. Независимая предикторная ценность переменных оценивалась с помощью моделей множественной линейной регрессии.

Результаты. Перед проведением корреляционного анализа выполнена проверка распределения основных переменных. Нормальный характер распределения выявлен для шкалы «Активность» ($W=0,961$; $p=0,082$), общего КЖ ($W=0,975$; $p=0,337$), физического КЖ ($W=0,968$; $p=0,162$) и психосоциального качества жизни ($W=0,967$; $p=0,152$). Шкалы ТОБОЛ, показатели самочувствия, настроения и астении представлены как медиана и межквартильный интервал; шкалы КЖ и активности - как среднее значение и стандартное отклонение.

Наиболее частым преобладающим типом отношения к болезни (табл. 1) оказался эргопатический - у 12 человек (22,6%), сенситивный и анозогностический - по 9 человек (17,0%), тревожный и неврастенический - по 5 человек (9,4%). Адаптивные типы реагирования (гармоничный, эргопатический, анозогностический) преобладали у 47,2% обследованных, дизадаптивные интрапсихические - у 30,2%, интерпсихические - у 22,6%.

Таблица 1.

Частотное распределение преобладающих типов отношения к болезни у подростков с ХГД (n=53)

Тип отношения к болезни	n	%
Эргопатический	12	22,6
Сенситивный	9	17,0
Анозогнозический	9	17,0
Тревожный	5	9,4
Неврастенический	5	9,4
Гармоничный	4	7,5
Апатический	3	5,7
Ипохондрический	2	3,8
Эгоцентрический	2	3,8
Меланхолический	1	1,9
Дисфорический	1	1,9

Результаты корреляционного анализа между типами отношения к болезни, показателями САН, астенией и КЖ приведены в табл. 2. При интерпретации корреляционной матрицы применялась поправка Бенджамини–Хохберга. Наиболее устойчивые связи сохранялись для неврастенического, анозогнозического, эргопатического, меланхолического и эгоцентрического типов.

Таблица 2.

Взаимосвязи между типами отношения к болезни по ТОБОЛ, показателями САН, астенией и КЖ подростков с ХГД

	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	Д	С	Э	П
Самочувствие	–0,0 82	0,139	0,05 7	–0,1 11	–0,1 19	–0,376	–0,0 86	–0,1 76	–0,1 07	0,02 0	–0,0 70	–0,2 73*
Активность	–0,1 33	0,214	0,13 2	–0,0 76	–0,2 21	–0,433	–0,1 74	–0,1 75	–0,1 36	0,11 7	–0,2 41	–0,2 61
Настроение	–0,0 40	0,114	0,06 8	–0,0 62	–0,1 77	–0,281	–0,1 24	–0,2 40	0,013	0,10 2	–0,0 08	–0,2 39
Астения	–0,4 27	–0,3 50*	–0,4 68	0,324 *	0,37 6	0,568	0,462	0,412	0,424	0,19 1	0,340 *	0,353
Общее КЖ	0,22 7	0,462	0,34 1*	–0,3 43*	–0,3 65	–0,581	–0,3 70	–0,2 87*	–0,3 39*	–0,1 87	–0,4 08	–0,3 53
Физическое КЖ	0,11 6	0,307 *	0,20 8	–0,3 19*	–0,1 90	–0,450 ***	–0,3 35*	–0,1 59	–0,3 43*	–0,1 97	–0,3 16*	–0,2 24
Психосоц. КЖ	0,22 2	0,487	0,39 0	–0,3 47*	–0,4 15	–0,556	–0,2 99*	–0,3 14*	–0,2 49	–0,2 25	–0,4 09	–0,4 13

Примечание. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Типы ТОБОЛ: Г - гармоничный, Р - эргопатический, З - анозогнозический, Т - тревожный, И - ипохондрический, Н - неврастенический, М - меланхолический, А - апатический, Д - дисфорический, С - сенситивный, Э - эгоцентрический, П - паранойальный, КЖ – качество жизни.

Гармоничный тип отношения к болезни имеет обратную корреляцию с астенией ($r=-0,427$; $p<0,01$). Эргопатический тип связан с более низкими показателями астении ($r=-0,350$; $p<0,05$) и более высокими - общего ($r=0,462$; $p<0,001$), физического ($r=0,307$; $p<0,05$) и психосоциального КЖ ($r=0,487$; $p<0,001$). Анозогнозический тип также обратно коррелирует с астенией ($r=-0,468$; $p<0,001$) и напрямую с общим ($r=0,341$; $p<0,05$) и психосоциальным КЖ ($r=0,390$; $p<0,01$). Таким образом, адаптивные типы реагирования сопряжены с меньшей выраженностью астении и более благоприятной субъективной оценкой КЖ.

Тревожный тип отношения к заболеванию связан с астенией ($r=0,324$; $p<0,05$) и снижением общего ($r=-0,343$; $p<0,05$), психосоциального ($r=-0,347$; $p<0,05$) и физического КЖ ($r=-0,319$; $p<0,05$). Для ипохондрического типа выявлены прямая корреляция с астенией ($r=0,376$; $p<0,01$) и обратные - с общим ($r=-0,365$; $p<0,01$) и психосоциальным КЖ ($r=-0,415$; $p<0,01$). Неврастенический тип показал наиболее тесные прямые связи с астенией ($r=0,568$; $p<0,001$) и обратные со всеми доменами КЖ: общим ($r=-0,581$; $p<0,001$), физическим ($r=-0,450$; $p<0,001$) и психосоциальным ($r=-0,556$; $p<0,001$).

Меланхолический, апатический, дисфорический, эгоцентрический и паранойяльный типы также связаны с нарастанием астении и снижением КЖ. Для паранойяльного типа отношения к болезни, помимо прямой связи с астенией ($r=0,353$; $p<0,01$) и обратных с общим ($r=-0,353$; $p<0,01$) и психосоциальным КЖ ($r=-0,413$; $p<0,01$), выявлена обратная корреляция с самочувствием ($r=-0,273$; $p<0,05$). Сенситивный тип в данной выборке значимых корреляций с КЖ и астенией не показал.

Таблица 3.

Взаимосвязи между показателями САН, астении и КЖ у подростков с ХГД

	Самочувствие	Активность	Настроение	Астения
Астения	-0,348*	-0,280*	-0,378**	1,000
Общее КЖ	0,383**	0,282*	0,255	-0,726***
Физическое КЖ	0,388**	0,276*	0,231	-0,618***
Психосоциальное КЖ	0,350*	0,261	0,269	-0,677***

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

Самочувствие имеет обратную взаимосвязь с астенией ($r=-0,348$; $p<0,05$) и прямые - с общим ($r=0,383$; $p<0,01$), физическим ($r=0,388$; $p<0,01$) и психосоциальным КЖ ($r=0,350$; $p<0,05$). Активность отрицательно взаимосвязана с астенией ($r=-0,280$; $p<0,05$) и положительно - с общим ($r=0,282$; $p<0,05$) и физическим КЖ ($r=0,276$; $p<0,05$). Настроение коррелирует только со шкалой астении ($r=-0,378$; $p<0,01$). Наиболее сильные отрицательные корреляции выявлены между астенией и общим ($r=-0,726$; $p<0,001$), физическим ($r=-0,618$; $p<0,001$) и психосоциальным КЖ ($r=-0,677$; $p<0,001$): усиление астенических проявлений сопровождается выраженным снижением субъективного благополучия подростка.

Кластерный анализ по 12 шкалам ТОБОЛ дал наилучшее решение при трех кластерах (коэффициент силуэта=0,245): 31 подросток (58,5%) - адаптивный кластер, 12 (22,6%) - тревожно-ипохондрический, 10 (18,9%) - дизадаптивный сме-

шанный с преобладанием астенодепрессивных и сенситивных черт. При сравнении кластеров адаптивный профиль характеризовался более низкими значениями астении и более высокими - КЖ; тревожно-ипохондрический и дизадаптивный смешанный профили демонстрировали противоположную картину.

Сопоставление кластерных профилей с нормативными диапазонами ШАС показывает, что подростки тревожно-ипохондрического и дизадаптивного смешанного кластеров с высокой вероятностью попадают в зону клинически значимой астении ($ШАС \geq 76$ баллов), тогда как адаптивный кластер преимущественно соответствует диапазону слабой или отсутствующей астении (51–75 баллов). Для PedsQL 4.0 у детей 8 лет и старше клинически значимое снижение КЖ фиксируется при суммарном балле ниже 70–76 [37]; именно этот диапазон характерен для тревожно-ипохондрического и дизадаптивного смешанного кластеров. Тип отношения к болезни при этом может служить ранним маркером риска клинически выраженной астении и сниженного КЖ.

Построены две модели множественной линейной регрессии (табл. 4).

Таблица 4

Результаты множественной линейной регрессии

Модель / Предиктор	β
Модель 1. Зависимая переменная - астения	
Неврастенический тип	0,41
Меланхолический тип	0,27
Анозогнозический тип	–0,24
Гармоничный тип	–0,20
Пол	0,14
R^2 модели	0,48
Модель 2. Зависимая переменная - общее КЖ	
Астения	–0,55
Самочувствие	0,22
Неврастенический тип	–0,19
Эргопатический тип	0,17
R^2 модели	0,62

Примечание. β - стандартизированный коэффициент регрессии.

В первой модели наибольший вклад в дисперсию астении вносит неврастенический тип ($\beta=0,41$), тогда как анозогнозический и гармоничный типы были связаны со снижением ее выраженности ($\beta=-0,24$ и $\beta=-0,20$ соответственно; $R^2=0,48$). Во второй модели наиболее весомым предиктором общего КЖ является астения ($\beta=-0,55$), самочувствие и эргопатический тип связаны с его повышением; совокупно предикторы объяснили 62% дисперсии КЖ.

Сравнительный анализ различий с использованием U-критерия Манна–Уитни по полу выявил значимые различия только по тревожному типу отношения к болезни: у девочек он выражен сильнее, чем у мальчиков ($U=441,0$; $p=0,032$).

Обсуждение. Полученные данные позволили не только подтвердить связи между отношением к болезни, астенией и КЖ, но и уточнить их структуру. Адаптивные типы (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) сопряжены с меньшей выраженностью астении и более высокими показателями КЖ. Дизадаптивные типы - как интрапсихической, так и интерпсихической направленности - связаны с противоположной картиной, что согласуется с данными о взаимосвязи тревоги и гастрита в популяционных исследованиях [22, 39].

Особого внимания заслуживает неврастенический тип: именно он показал наиболее тесные корреляционные связи с астенией и всеми доменами КЖ, а в регрессионной модели - наибольший вклад в предсказание астенического состояния. Это позволяет рассматривать неврастенический тип реагирования как один из центральных психологических маркеров неблагоприятного течения заболевания в подростковом возрасте. Сильные отрицательные связи астении с общим, физическим и психосоциальным КЖ, а также ее ведущая роль в регрессионной модели показывают, что астеническое состояние выступает не только сопутствующим симптомом, но и самостоятельным фактором снижения повседневного функционирования подростка [1, 44]. Это согласуется с данными Бадьяна А.С. и соавт. [1], установивших связь астении с ухудшением самочувствия и эмоционального фона при хронической соматической патологии. Психосоматические взаимодействия при гастроинтестинальной патологии реализуются через нейроиммунные и нейроэндокринные механизмы, что объясняет устойчивую связь психологического профиля с физическими симптомами [17, 38].

Кластерный анализ показал, что в клинической выборке существуют устойчивые профили отношения к болезни, а не случайные сочетания отдельных шкал. Для практики это означает следующее: врачу и клиническому психологу важно видеть не изолированный высокий балл по одной шкале, а общий рисунок реагирования - адаптивный, тревожно-ипохондрический или смешанный дизадаптивный.

Сопоставление кластеров с нормативными порогами ШАС (≥ 76 баллов - умеренная астения; ≥ 101 - выраженная) и PedsQL ($< 70-76$ - клинически значимое снижение КЖ) позволяет перевести психологические данные в клинически операциональные категории. Педиатр получает возможность прогнозировать вероятность попадания пациента в зону клинически значимой астении и сниженного КЖ в том случае, если по результатам диагностики клинического психолога обнаружены определенные, дизадаптивные типы реагирования на болезнь. Психологические вмешательства, направленные на формирование адаптивных стратегий совладания, продемонстрировали эффективность при функциональных расстройствах ЖКТ как у детей, так и у взрослых [27, 34, 40]. Мультидисциплинарный подход, интегрирующий фармакотерапию, психотерапию и коррекцию питания, признается наиболее эффективной стратегией при расстройствах взаимодействия кишечника и мозга [18].

Повышение тревожного типа реагирования на болезнь в нашем исследовании у девочек-подростков, при отсутствии значимых половых различий по остальным шкалам, может указывать на специфически женский паттерн тревожной фиксации на болезни в подростковом возрасте. Коморбидность тревожных расстройств и гастроинтестинальной симптоматики у детей и подростков носит

двунаправленный характер: генерализованная тревожность и функциональные расстройства ЖКТ имеют общие патогенетические механизмы, включая дисрегуляцию оси «кишечник-мозг» [23, 41].

Перспективным направлением расширения проведенного исследования является включение показателей variability сердечного ритма (SDNN, RMSSD, LF/HF) в протокол обследования подростков с ХГД. Снижение SDNN и RMSSD отражает ослабление парасимпатических влияний, тогда как рост индекса LF/HF свидетельствует о симпатикотонии, коррелирующей с уровнем соматизации и эмоционального дистресса у подростков с функциональными и воспалительными заболеваниями ЖКТ [11, 33]. Сопоставление вегетативных показателей с кластерными профилями отношения к болезни позволит верифицировать психовегетативный континуум инструментально и обоснует применение ВСР-биофидбэка как немедикаментозного метода коррекции прежде всего у подростков с неврастеническим и тревожным типами реагирования [30].

ГЭРБ и другие кислотозависимые заболевания, нередко сопутствующие ХГД, также имеют выраженный психосоматический компонент: тревога и депрессия являются независимыми факторами риска рефрактерного течения, а дисфункция оси «мозг-кишечник» лежит в основе персистенции симптомов [42, 43].

Выводы. Адаптивные психологические установки в отношении собственного заболевания могут способствовать эффективному управлению хроническим состоянием и поддержанию эмоционального благополучия подростков. Напротив, дизадаптивные типы отношения к болезни интер- и интрапсихической направленности снижают качество жизни и сопровождаются нарастанием астении. Позитивное самовосприятие, активность и оптимистическое настроение способствуют снижению астении и улучшению КЖ у подростков с ХГД. Полученные результаты позволяют создать основу для персонализированной психологической помощи подросткам с ХГД и повысить комплаентность в аспектах изменения образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадьян А.С., Охрименко А.А., Дудникова Э.В. [и др.] Особенности качества жизни детей с хроническим гастритом и психологические особенности личности больных // Российский педиатрический журнал. 2024. Т. 27. № 1. С. 22–27. doi: 10.46563/1560-9561-2024-27-1-22-27. EDN SLWSYI.
2. Бельмер С.В., Вольнец Г.В., Горелов А.В. [и др.] Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Рекомендации Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Часть 2 // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020. Т. 65. № 5. С.100–111. doi 10.21508/1027-4065-2020-65-5-100-111. EDN ATTMFF.
3. Вихарева Е.Г., Коваленко Т.В. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения у детей в современных условиях: региональные данные как отражение российских тенденций // Российский педиатрический журнал. 2023. Т. 26. № 6. С.436–442. doi: 10.46563/1560-9561-2023-26-6-436-442. EDN: uukudq.
4. Гурова М.М. Состояние психоэмоционального статуса у детей подросткового возраста с хроническими гастродуоденитами, ассоциированными с хеликобактерной инфекцией, в периоде обострения и ремиссии // Актуальные проблемы педиатрии.

2023. Т. 1. № 1. С.59–67. doi: 10.31146/2949-4664-apps-1-1-59-67.

5. Золотарева А.А. Как восприятие болезни, ее причин и последствий связано с соматическим и психологическим дистрессом у людей с болезнями органов пищеварения? // Национальный психологический журнал. 2026. Т. 21. № 1. С.8–18. doi: 10.11621/npj.2026.0101. EDN YZOKGL.

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

7. Киреева Т.И. Стрессоустойчивость и совладающее поведение у подростков с хроническим гастродуоденитом // Международный научно-исследовательский журнал. 2021. № 11-4(113). С.50–53. doi: 10.23670/IRJ.2021.113.11.129. - EDN BKOXEQ.

8. Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит у детей». М.: МЗ РФ, 2024. 58 с. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 27.04.2026).

9. Котова О.В., Беляев А.А., Акарачкова Е.С. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств // РМЖ. Медицинское обозрение. 2021. Т. 5. № 10. С.648–653. doi 10.32364/2587-6821-2021-5-10-648-653. EDN CQIXKM.

10. Павлей Л.В., Солодчук О.Н. Индивидуально-психологические особенности и приверженность лечению у подростков с различными типами нарушений вегетативной регуляции // Живая психология. 2025. Т. 12. № 6 (62). С.73–82. EDN HBOEKE.

11. Павлей Л.В., Солодчук О.Н., Филатова Ю.С., Желткевич О.В., Крамская Л.А. Соматопсихологические аспекты вегетативной регуляции у подростков: современный взгляд // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2025 (25. № 3. С.97–110. EDN HOLXSW.

12. Ситникова Е.П., Солодчук О.Н. Роль вегетотропной коррекции в комплексном лечении хронических гиперацидных гастродуоденитов у детей // Вопросы детской диетологии. 2009. Т. 7. № 5. С. 62–64. EDN LTESJ.

13. Солодчук О.Н., Павлей Л.В. Качество жизни пациентов детского педиатрического отделения в контексте пациенто-ориентированного подхода // Медицинская сестра. 2024. Т. 26. № 4. С.30–32. doi: 10.29296/25879979-2024-04-05.

14. Спирчихина К.В., Лазебников С.Д. Психоэмоциональные нарушения у детей с хроническим гастродуоденитом // Российский педиатрический журнал. 2025. Т. 28. № 4S. С. 66. EDN MIQZGK.

15. Фаттахова А.С., Тарасова Г.А., Есефьев Д.С., Солодчук О.Н. Анализ качества жизни детей с различными типами вегетативной регуляции // Российский педиатрический журнал. 2025. Т. 28. № 4S. С.74. EDN PMFBHE.

16. Фаттахова А.С., Тарасова Г.А., Солодчук О.Н., Есефьев Д.С. Качество жизни и вегетативная регуляция у детей с острыми и хроническими заболеваниями // Актуальные вопросы медицинской науки. 2025. Т. 1. № 3. С. 258–259. EDN YRAXZD.

REFERENCES

1. Bad`yan A.S., Okhrimenko A.A., Dudnikova E`V. [i dr.] Osobennosti kachestva zhizni detej s khronicheskim gastritom i psikhologicheskie osobennosti lichnosti bol`ny`kh // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2024. Т. 27. # 1. С. 22–27.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2026 (26). № 2

doi: 10.46563/1560-9561-2024-27-1-22-27. EDN SLWSYI.

2. Bel'mer S.V., Voly'necz G.V., Gorelov A.V. [i dr.] Funkczional'ny'e rasstrojstva organov pishhevariya u detej. Rekomendaczii Obshhestva detskikh gastroe`nterologov, gepatologov i nutricziologov. Chast` 2 // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 2020. T. 65. # 5. S.100–111. doi 10.21508/1027-4065-2020-65-5-100-111. EDN ATTMFF.

3. Vikhareva E.G., Kovalenko T.V. E`pidemiologiya zabolevanij organov pishhevariya u detej v sovremenny`kh usloviyakh: regional'ny'e danny'e kak otrazhenie rossijskikh tendencij // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2023. T. 26. # 6. S.436–442. doi: 10.46563/1560-9561-2023-26-6-436-442. EDN: uukudq.

4. Gurova M.M. Sostoyanie psikhoe`moczial'nogo statusa u detej podrostkovogo vozrasta s khronicheskimi gastroduodenitami, assocziirovanny`mi s khelikobakternoj infekcziej, v periode obostreniya i remissii // Aktual'ny'e problemy` pediatrii. 2023. T. 1. # 1. S.59–67. doi: 10.31146/2949-4664-apps-1-1-59-67.

5. Zolotareva A.A. Kak vospriyatie bolezni, ee prichin i posledstvij svyazano s somaticheskim i psikhologicheskim distressom u lyudej s boleznyami organov pishhevariya? // Naczional'ny`j psikhologicheskij zhurnal. 2026. T. 21. # 1. S.8–18. doi: 10.11621/npj.2026.0101. EDN YZOKGL.

6. Isaev D.N. E`moczial'ny`j stress, psikhosomaticheskie i somatopsikhicheskie rasstrojstva u detej. SPb.: Rech`. 2005. S.103–114.

7. Kireeva T.I. Stressoustojchivost` i sovladayushhee povedenie u podrostkov s khronicheskimi gastroduodenitom // Mezhdunarodny`j nauchno-issledovatel`skij zhurnal. 2021. # 11-4(113). S.50–53. doi: 10.23670/IRJ.2021.113.11.129. - EDN BKOXEQ.

8. Klinicheskie rekomendaczii «Gastrit i duodenit u detej». M.: MZ RF, 2024. 58 s. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (data obrashheniya: 27.04.2026).

9. Kotova O.V., Belyaev A.A., Akarachkova E.S. Sovremenny'e metody` diagnostiki i lecheniya trevozhny`kh i depressivny`kh rasstrojstv // RMZh. Mediczinskoe obozrenie. 2021. T. 5. # 10. S.648–653. doi 10.32364/2587-6821-2021-5-10-648-653. EDN CQIXKM.

10. Pavlej L.V., Solodchuk O.N. Individual'no-psikhologicheskie osobennosti i priverzhennost` lecheniyu u podrostkov s razlichny`mi tipami narushenij vegetativnoj regulyaczii // Zhivaya psikhologiya. 2025. T. 12. # 6 (62). S.73–82. EDN HBOEKE.

11. Pavlej L.V., Solodchuk O.N., Filatova Yu.S., Zheltkevich O.V., Kramskaya L.A. Somatopsikhologicheskie aspekty` vegetativnoj regulyaczii u podrostkov: sovremenny`j vzglyad // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2025 (25. # 3. S.97–110. EDN HOLXSW.

12. Sitnikova E.P., Solodchuk O.N. Rol` vegetotropnoj korrekczii v kompleksnom lechenii khronicheskikh giperacidny`kh gastroduodenitov u detej // Voprosy` detskoj dietologii. 2009. T. 7. # 5. S. 62–64. EDN LTESSJ.

13. Solodchuk O.N., Pavlej L.V. Kachestvo zhizni paczientov detskogo pediatricheskogo otdeleniya v kontekste pacziento-orientirovannogo podkhoda // Mediczinskaya sestra. 2024. T. 26. # 4. S.30–32. doi: 10.29296/25879979-2024-04-05.

14. Spirchikhina K.V., Lazebnikov S.D. Psikhoe`moczial'ny'e narusheniya u detej s khronicheskimi gastroduodenitom // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2025. T.

28. # 4S. S. 66. EDN MIQZGK.

15. Fattakhova A.S., Tarasova G.A., Esef`ev D.S., Solodchuk O.N. Analiz kachestva zhizni detej s razlichny`mi tipami vegetativnoj reguljaczii // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2025. T. 28. # 4S. S.74. EDN PMFBHE.

16. Fattakhova A.S., Tarasova G.A., Solodchuk O.N., Esef`ev D.S. Kachestvo zhizni i vegetativnaya reguljaczija u detej s ostrymi i khronicheskimi zabolevaniyami // Aktual`ny`e voprosy` mediczinskoj nauki. 2025. T. 1. # 3. S. 258–259. EDN YRAXZD.

17. Artemieva M.S., Kuznetsov V.I., Sturov N.V., Manyakin I.S., Basova E.A., Shumeyko D. Psychosomatic aspects and treatment of gastrointestinal pathology // Psychiatr. Danub. 2021. Vol. 33, Suppl. 4. P. 1327–1329. PMID: 35503951.

18. Barrera Flores F.J., Guerrero Tamez J.A., Winkelman T., Barrera Flores R., Madva E.N. A multidisciplinary approach to the management of disorders of gut-brain interaction: psychopharmacology, psychotherapy, and diet // Front. Gastroenterol. 2025. Vol. 4. P. 1637172. doi: 10.3389/fgstr.2025.1637172. PMID: 41669534; PMCID: PMC12885561.

19. Chen Z., Chen Q., Zhou L. Anxiety and depression in pediatric patients with disorder of brain-gut interaction: the role of diarrhea and abdominal pain as key determinants // Front. Pediatr. 2025. Vol. 13. P. 1628222. doi: 10.3389/fped.2025.1628222. PMID: 40933705; PMCID: PMC12417385.

20. Chukwuere P.C. Connecting and attuning mental health care for adolescent patients: the role of presence practice // SAGE Open Nurs. 2023. Vol. 9. P. 23779608231193758. doi: 10.1177/23779608231193758. PMID: 37584035; PMCID: PMC10424542.

21. Dong Q., Li S., Zhu X. [et al.] Prevalence of anxiety, depression and associated risk factors in gastroenterology outpatients: a multicenter cross-sectional study // BMC Gastroenterol. 2026. Vol. 26, № 1. P. 89. doi: 10.1186/s12876-025-04590-8. PMID: 41486261; PMCID: PMC12870922.

22. Guo Y., Deng F., Hu J. [et al.] Unraveling the anxiety-gastritis connection: a population-based real-world clinical investigation // J. Affect. Disord. 2026. Vol. 393.PtB. P.120458. doi: 10.1016/j.jad.2025.120458. PMID: 41101471.

23. Hashempour B., Ansari F.K., Asadiof F., Naeim M. Psychological self-efficacy and coping styles as mediators between perceived stress and IBS symptom severity // Ann. Med. Surg. (Lond). 2025. Vol. 87. № 11. P. 7074–7079. doi: 10.1097/MS9.0000000000003876. PMID: 41180733; PMCID: PMC12578119.

24. Hsieh M.T., Kuo H.Y., Lin S.H., Chang W.L., Lin C.Y. Associations between sleep quality, anxiety, depression, and gastroesophageal reflux disease in a tertiary hospital sleep center // Int. J. Gen. Med. - 2025. Vol. 18. P. 6533–6542. doi: 10.2147/IJGM.S554279. PMID: 41180896; PMCID: PMC12579453.

25. Jang S.H., Choi S.C., Kim Y.S. [et al.] Psychological characteristics and quality of life of patients with upper and lower functional gastrointestinal disorders // J. Clin. Med. 2022. Vol. 12. № 1. P. 124. doi: 10.3390/jcm12010124. PMID: 36614925; PMCID: PMC9821077.

26. Kumar A., Vallabhaneni P. Anxiety disorders presenting as gastrointestinal symptoms in children - a scoping review // Clin. Exp. Pediatr. 2025. Vol. 68. № 5.

P. 344–351. doi: 10.3345/cep.2024.01732. PMID: 39810509; PMCID: PMC12062388.

27. Lackner J.M., Gudleski G.D., Radziwon C.D. [et al.] Cognitive flexibility improves in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome but not non-specific education/support // *Behav. Res. Ther.* 2022. Vol. 154. P.104033. doi: 10.1016/j.brat.2022.104033. PMID: 35653934.

28. Légeret C., Stienen Y., Furlano R., Köhler H. Effectivity of treatment for children with functional dyspepsia // *Sci. Rep.* 2022. Vol. 12. № 1. P. 1467. doi: 10.1038/s41598-022-05380-y. PMID: 35087113; PMCID: PMC8795111.

29. Ma X.X., Xiao Z.H., Chen W., Zhao S.Y. Deciphering the psychological tapestry of FGIDs: unveiling the impact of negative affect, rumination, and expression suppression // *BMC Public Health.* 2025. Vol. 25. № 1. P. 114. doi: 10.1186/s12889-024-21205-1. PMID: 39789461; PMCID: PMC11720358.

30. Pereira A.G, Fu L, Xu W, Gharibans A.A, O'Grady G. The effects of heart rate variability biofeedback on functional gastrointestinal disorders: a scoping review. *Front Physiol.* 2025 May 22; 16:1511391. doi: 10.3389/fphys.2025.1511391. PMID: 40476217; PMCID: PMC12137303.

31. Robbertz A.S., Shneider C., Cohen L.L., Reed B. Sleep problems in pediatric disorders of gut-brain interaction: a systematic review // *J. Pediatr. Psychol.* 2023. Vol. 48. № 9. P. 778–786. doi: 10.1093/jpepsy/jsad047. PMID: 37515755.

32. Santucci N.R., Velasco-Benitez C.A., Cunningham N. [et al.] Psychological distress and coping efficacy in children with disorders of gut-brain interaction // *Neurogastroenterol. Motil.* 2024. Vol. 36. № 2. P. e14724. doi: 10.1111/nmo.14724. PMID: 38072996; PMCID: PMC10842907.

33. Semen M., Lychkovska O., Kaminsky D., Yavorskyi O., Semen K.O., Yelisyeyeva O. Heart rate variability and somatization in adolescents with irritable bowel syndrome // *J. Neurogastroenterol. Motil.* 2023. Vol. 29. № 2. P. 208–217. – doi: 10.5056/jnm22019. PMID: 37019865; PMCID: PMC10083117.

34. Simons M., Marchese S.H., Bedell A. [et al.] The Acceptance, Commitment and COgnitiveReMeDiation (ACCORD) Study // *Neurogastroenterol. Motil.* 2025. Vol. 37. № 11. P. e70150. doi: 10.1111/nmo.70150. PMID: 40887804; PMCID: PMC12534575.

35. Snijkers J.T.W., Winkens B., Weerts Z.Z.R.M. [et al.] Satisfaction with life in IBS is associated with psychological burden rather than gastrointestinal symptom severity // *Am. J. Gastroenterol.* 2024. Vol. 119. № 3. P. 512–520. doi: 10.14309/ajg.0000000000002547. PMID: 37791610; PMCID: PMC10904003.

36. Staab J., Vonhören L., Schwörer H., Meyer T. Association between self-rated depressive symptoms and mucosal expression of NF- κ B in patients with upper gastrointestinal symptoms // *Biopsychosoc. Med.* 2023. Vol. 17. № 1. P. 6. doi: 10.1186/s13030-023-00264-7. PMID: 36841844; PMCID: PMC9960167.

37. Stein K., Howarth L., Zucker N.L. Mind–body treatments for children with functional gastrointestinal disorders // *BJPsych Advances.* 2025. Vol. 31, Special Issue 6. P. 365–374. doi: 10.1192/bja.2024.76.

38. Tan R., Han C., Sun D. [et al.] Research progress on the mechanisms of comorbidity between functional gastrointestinal disorders and mental disorders // *Medicine (Baltimore).* 2025. Vol. 104. № 29. P. e42925. doi:

10.1097/MD.00000000000042925. PMID: 40696692; PMCID: PMC12282835.

39. Tang Q., Wang R., Niu H. [et al.] Mapping network connection and direction among symptoms of depression and anxiety in patients with chronic gastritis // *Psych. J.* 2024. Vol. 13. № 5. P. 824–834. doi: 10.1002/pchj.757. PMID: 38616130; PMCID: PMC11444727.

40. Wei Z., Xing X., Tantai X. [et al.] The effects of psychological interventions on symptoms and psychology of functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis // *Front. Psychol.* 2022. Vol. 13. P. 827220. doi: 10.3389/fpsyg.2022.827220. PMID: 35465581; PMCID: PMC9024246.

41. Yang W., Wang Y., Wang S. [et al.] The association between irritable bowel syndrome and generalized anxiety disorder and influencing factors: a mediation Mendelian randomization study // *Food Sci. Nutr.* 2026. Vol. 14. № 2. P. e71525. doi: 10.1002/fsn3.71525. PMID: 41676012; PMCID: PMC12887448.

42. Zhang N., Wang Y., Fang S.S. [et al.] Clinical characteristics and risk factors of refractory gastroesophageal reflux disease: a multicenter cross-sectional study // *World J. Gastroenterol.* 2025. Vol. 31. № 45. P. 113060. doi: 10.3748/wjg.v31.i45.113060. PMID: 41378325; PMCID: PMC12686995.

43. Zheng J., Tao L. Multidimensional mechanisms and therapies underlying gastroesophageal reflux disease: focus on immunity, signaling pathways, and the microbiota-gut-brain axis // *Front. Immunol.* 2025. Vol. 16. P. 1629944. doi: 10.3389/fimmu.2025.1629944. PMID: 40755761; PMCID: PMC12313489.

44. Yong G., Wang X., Xu Y. [et al.] The influence of subjective well-being on anxiety, depression and quality of life in patients with functional dyspepsia // *BMC Gastroenterol.* 2025. Vol. 25. P. 490. doi: 10.1186/s12876-025-04075-8.

L.V. Pavley O.N. Solodchuk, Yu.S. Filatova
CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRELATES
OF CHRONIC GASTRODUODENITIS IN ADOLESCENCE

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The article presents the results of the study: 53 adolescents aged 15–17 years (30 girls, 23 boys; mean age 16.1 ± 0.7 years) with chronic gastroduodenitis undergoing inpatient treatment were examined. The following methods were used: "Type of Attitude to Illness" (TOBOL), "Well-Being. Activity. Mood" (WAM), Asthenic State Scale (SAS) and the PedsQL 4.0 quality of life questionnaire. Spearman's correlation analysis, cluster analysis, and multiple linear regression were used for statistical analysis. Adaptive types of attitude to illness (harmonious, ergopathic, anosognosic) are associated with a lesser severity of asthenia and a higher quality of life. Regression analysis showed that the neurasthenic type is the leading predictor of asthenia. Using cluster analysis, three response profiles were identified: adaptive (58.5%), anxious-hypochondriac (22.6%), and maladaptive mixed (18.9%).

Keywords: chronic gastroduodenitis, adolescents, type of attitude towards the disease, asthenia, quality of life, TOBOL, PedsQL, cluster analysis.

УДК 575.174.015.3:616.896-008]-056.75:001.8(045)

Н.В. Филиппова, П.С. Астафьева, В.Г. Колдоркина П.С. Колосова,
А.А. Пухлекова

**ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ VS КЛИНИЧЕСКИЕ
РАЗЛИЧИЯ: АНАЛИЗ РАС У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» (Саратов).**

Резюме. В статье представлен клинический анализ гетерогенности расстройств аутистического спектра (РАС) у пары монозиготных близнецов 2020 года рождения с общим перинатальным анамнезом (глубокая недоношенность, гипоксия, COVID-19 у матери во время беременности). Несмотря на генетическую идентичность и схожие условия вынашивания и раннего развития, у близнецов сформировались фенотипически различные варианты РАС. У близнеца М. диагностирован тяжелый вариант РАС, сочетающийся с грубой интеллектуальной недостаточностью ($IQ < 30$), отсутствием речи и полевым поведением. У близнеца Н. выявлен среднетяжелый вариант РАС с парциальной сохранностью когнитивных функций ($IQ \approx 40$) при выраженных нарушениях социальной адаптации и эмоционально-волевой сферы. Таким образом, значимыми факторами, модулирующими тяжесть проявлений при общей генетической основе, могут выступать даже минимальные различия в перинатальном статусе (масса тела при рождении) и разная нейрональная уязвимость к общим повреждающим воздействиям.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра (РАС), монозиготные близнецы, клиническая гетерогенность, перинатальная патология, дизонтогенез, интеллектуальная недостаточность, регресс навыков.

Введение: Проблема аутизма вызывает сегодня широкий общественный и научный резонанс, порождая дискуссии об «эпидемии» этого состояния. Значительный интерес к данному расстройству во многом объясняется его сложной природой: в основе аутизма лежат фундаментальные нарушения социального взаимодействия, коммуникации и эмоциональной сферы [2]. Расстройства аутистического спектра (РАС) характеризуются не только общими диагностическими критериями, но и значительной гетерогенностью (разнородностью) проявлений [3, 11]. Клиническая картина РАС варьирует от глубоких интеллектуальных и речевых нарушений с полной невозможностью социального функционирования до относительно высокофункциональных вариантов, где интеллект может быть сохранен или даже превышать средние значения, однако дефицит социального познания остается ключевым препятствием для адаптации [4, 14]. Особый интерес представляют случаи заболевания у близнецов, позволяющие проследить, как на общей генетической и/или средовой основе формируются индивидуальные особенности. Исследования конкордантности показывают высокую, но не абсолютную роль наследственности у монозиготных близнецов, что оставляет пространство для модулирующего влияния средовых, перинатальных и стохастических факторов [7].

Дополнительную актуальность проблеме придает то, что близнецовые исследования занимают особое место в изучении РАС как модели соотношения наследственных и ненаследственных детерминант расстройства. По данным метаанализа близнецовых исследований, наследуемость РАС остается высокой,

однако ее величина не исключает вклада общей и индивидуальной среды, что особенно важно при анализе внутрипарной неоднородности клинических проявлений [16]. В обзоре М.А. Коргожи и А.М. Абдулаевой показано, что дети из двоен, особенно рожденные преждевременно и с низкой массой тела, относятся к группе повышенного риска по задержке общего, моторного, когнитивного и психоречевого развития, причем наибольшая уязвимость в раннем возрасте отмечается в речевой сфере [1]. В лонгитюдном исследовании С. Nap et al. продемонстрировано, что даже у соматически относительно благополучных близнецов показатели грубой моторики и коммуникации в первые два года жизни могут отставать от нормативных для одиночно рожденных детей, а догоняющее развитие моторных навыков нередко смещается на более поздние сроки [12].

Не менее важен и тот факт, что клиническая вариабельность у монозиготных близнецов не ограничивается степенью выраженности аутистической симптоматики. Исследования раннего социального внимания показывают, что особенности восприятия социальных сцен уже в младенчестве в значительной степени зависят от генетических механизмов и при РАС приобретают атипичную траекторию [8]. Одновременно обзор по дискордантным аномалиям у монозиготных двоен указывает на возможную роль постзиготических мутаций, эпигенетических различий, особенностей плацентации и неравномерности внутриутробного обеспечения плодов в формировании различающихся фенотипов, включая изолированные случаи РАС [13]. Таким образом, клинические наблюдения монозиготных близнецов с общим перинатальным анамнезом, но разной тяжестью психического дизонтогенеза, представляют значительный интерес для детской психиатрии и клинической психологии.

Целью исследования является клинический анализ гетерогенности симптомов РАС у пары монозиготных близнецов.

Материалы и методы исследования. В данной работе приведены описание и анализ клинического случая двух пациентов – монозиготных близнецов с диагнозом F84.0 «Детский аутизм», проходивших стационарное лечение в психиатрическом отделении ГУЗ ОКПБ «Детский лечебно-диагностический центр». Законный представитель был информирован о проведении исследования и подписал согласие на публикацию обезличенных данных. Анализ анамнестических сведений проводился на основе выписных эпикризов из родильного дома, амбулаторных карт развития детей (форма 112/у) и данных структурированного интервью с матерью. Психический статус оценивался в ходе клинического интервью.

Результаты и обсуждение. Пациенты – монозиготные близнецы М. и Н., 2020 г.р. Наследственность по психическим расстройствам, со слов матери, неотягощена. Беременность протекала с осложнениями: внутриутробная гипоксия плода, гестоз второй половины беременности, Covid-19 во втором триместре. Шук Л.Л. и его соавторы провели масштабное исследование, которое показало, что внутриутробное воздействие SARS-CoV-2 связано с повышенным риском нарушений нейроразвития к 3 годам (16,3 % против 9,7 % в контрольной группе). Наибольший риск наблюдался при инфицировании в третьем триместре и у детей мужского пола [15].

Роды в данном наблюдении были преждевременными на сроке гестации 30 недель с оценкой по Апгар 5-6 баллов. Антропометрические данные при рожде-

нии разнились: близнец М. имел массу тела 1230 г и рост 40 см, близнец Н. – 1390 г и 41 см. После оказания первичной помощи оба близнеца были переведены на неинвазивной респираторной поддержке СРАР (Constant Positive Airway Pressure), обеспечивающей постоянное положительное давление в дыхательных путях через маску, в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Состояние расценивалось как крайне тяжелое, обусловленное дыхательными расстройствами на фоне внутриутробной пневмонии, синдромом дыхательных расстройств и неврологической симптоматикой вследствие морфофункциональной незрелости.

Близнецы были выписаны из стационара на 21-й день жизни с диагнозом: «Внутриутробная пневмония. Перинатальное гипоксическое поражение ЦНС, церебральная ишемия 1 степени. Незавершенный ангиогенез сетчатки обоих глаз. Неонатальная желтуха». В дальнейшем оба ребенка состояли на диспансерном учете у педиатра и невролога с диагнозом «Энцефалопатия неуточненная», получали ноотропную терапию (близнец М. – кортексин (cortexin) 10 мг в/м курсом 10 дней, р-р гопантеновой кислоты (hopantenic acid, пантогам) 2,5 мл 3 р/сут. 30 дней, аминоксифенилмасляную кислоту (aminophenylbutyric acid, анвифен) 50 мг 3 р/сут. курсом 30 дней; близнец Н. – церебролизин (cerebrolysin) 2,0 мл в/м курсом 15 дней) без существенной положительной динамики. С февраля 2024 г. близнецы наблюдаются у офтальмолога с диагнозом: «Гиперметропия слабой степени». Согласно литературным данным, патология органа зрения является частым коморбидным состоянием при последствиях перинатального поражения ЦНС [5].

При ретроспективной оценке раннего соматоневрологического и моторного развития, по сведениям, предоставленным матерью близнецов и содержащимся в амбулаторной документации, обращает на себя внимание замедленный темп формирования базовых навыков с первых месяцев жизни. Удержание головы сформировалось к 4 мес. жизни, самостоятельное сидение – к 9 мес., ползание попластунски – к 11 мес., ползание на четвереньках – ближе к 13 мес., вставание у опоры – к 14 мес., самостоятельная ходьба – после 18 мес. у обоих детей. Однако, у близнеца Н. навык ходьбы окончательно закрепился к 18 мес., в то время как у близнеца М. на месяц позже (к 19 мес.). Первые лепетные комплексы были скудными, первые осмысленные слоги и звукокомплексы появились после 12 мес., устойчивые фразовые конструкции не формировались. При диспансерных осмотрах педиатром в возрасте 12-18 мес. фиксировались признаки задержки темпов психомоторного развития, дефицит коммуникативной инициативы, бедность подражательной деятельности, трудности расширения пищевого рациона и нарушения сна.

При осмотрах детским неврологом в возрасте 12 мес. у обоих близнецов отмечались признаки диффузной мышечной гипотонии, незрелость установочных реакций и задержка формирования статомоторных функций. В возрасте 18 мес. сохранялись неловкость при вертикализации, неустойчивость при ходьбе с расширенной базой опоры, замедленное формирование координированных движений и бедность тонкой моторики. К 24 мес. очаговой неврологической симптоматики и пароксизмальных состояний не наблюдалось, однако сохранялись моторная неловкость, истощаемость, нарушения темпа психоречевого развития и признаки резидуально-органической недостаточности ЦНС, в связи с чем дети продолжали наблюдение у невролога и курсовое лечение ноотропными препаратами.

Указанные особенности развития данных близнецов представляются клини-

чески закономерными. В обзоре М.А. Коргожи и А.М. Абдулаевой подчеркивается, что для детей из двоен, особенно рожденных преждевременно и с низкой массой тела, характерен более высокий риск задержки общего психомоторного, когнитивного и речевого развития, причем наиболее уязвимыми в раннем возрасте оказываются коммуникация и речь [1]. С. Nan et al. показали, что даже у относительно благополучных близнецов в первые 24 мес. жизни траектории моторного и коммуникативного развития нередко смещены по срокам, а показатели грубой моторики и общения могут располагаться на нижней границе возрастной нормы или ниже нее [12]. Для детей с последующим формированием РАС ранние моторные отклонения также имеют самостоятельное значение: J. Bradshaw et al. установили связь между более поздним освоением ходьбы и меньшей выраженностью социальных коммуникативных навыков у младенцев из группы риска по РАС [6], а N. Lavenne-Collot et al. описали у детей с РАС более редкое и менее сформированное ползание на четвереньках как один из ранних маркеров атипичного моторного развития [10]. Дополнительно J. Kim et al. показали, что при дискордантности в близнецовой паре неблагоприятные перинатальные факторы ассоциированы с худшими показателями нейроразвития уже на первом году жизни [9]. С учетом глубокой недоношенности, экстремально низкой массы тела при рождении и последующего регресса коммуникативных навыков описанная у близнецов клиническая картина укладывается в представления о многофакторной природе нарушений нейроразвития, где преморбидная биологическая уязвимость сочетается с дальнейшим формированием РАС.

Со слов матери, первые отчетливые симптомы стали заметны в возрасте около 18 мес. на фоне полного соматического благополучия. Мать отметила угасание эмоциональных реакций (отсутствие улыбки), избегание зрительного контакта, отсутствие реакции на обращение по имени, утрату указательного жеста, а также стремление к автономной игре. Наиболее выраженный регресс коммуникативных и поведенческих навыков пришелся на возраст 18-24 мес. За медицинской помощью к другим специалистам (помимо невролога и педиатра) на данном этапе не обращались в связи с надеждой на то, что дети «еще наверстают».

Оценка психического статуса при осмотре.

Близнец М., 6 лет, продуктивному контакту недоступен, зрительный контакт отсутствует, не понимает обращенную речь. При наблюдении в кабинете деятельность носит преимущественно полевой, хаотичный характер: неусидчив, гиперактивен, бегает по кабинету, хватает вещи врача, на запреты реагирует усилением двигательного возбуждения, криком и аутоагрессивными тенденциями (бьется головой о стены). Речевая сфера характеризуется грубым недоразвитием вплоть до практического отсутствия экспрессивной речи. Мышление неясное, основные мыслительные операции по возрасту не сформированы. Познавательный интерес крайне снижен, уровень интеллектуального развития значительно ниже возрастной нормы, способность к обучаемости грубо нарушена. Игровая деятельность не сформирована: предметы используются преимущественно сенсорно, ребенок стереотипно перекладывает и вращает их, функциональное назначение игрушек не улавливает. Коммуникация и социальная адаптация затруднены: продуктивный контакт отсутствует, навыки самообслуживания и гигиены не сформированы, что требует постоянного постороннего ухода. Отмечается избиратель-

ность в еде (не ест твердую пищу), а также стойкие нарушения сна в виде частых ночных пробуждений с длительным бодрствованием.

У близнеца Н. (6 лет) на первый план выступают иные особенности. Доступен формальному контакту, возможен кратковременный зрительный контакт, тактильного контакта не избегает. На приеме спокоен, сидит на диване, разглядывая игрушки на шкафу. Обращенную речь понимает на бытовом уровне, просьбы выполняет. Речь невнятная, односложная, с нарушениями звукопроизношения и эхолалиями; грамматический строй и словарный запас ограничены. Мышление носит наглядно-образный характер, отличается замедленным темпом. На этом фоне выявляется парциальная сохранность когнитивных функций: доступно узнавание простых категорий (животные, транспорт), знание основных цветов и геометрических фигур, сохранен порядковый счет до 10. Однако операции исключения (выделение лишнего предмета) ему не доступны, направляющая помощь неэффективна, а запас знаний ниже возрастной нормы. В структуре игровой деятельности присутствуют отдельные элементы предметно-манипулятивной игры, но сюжетность, ролевая составляющая и способность к совместной игре не сформированы. Эмоционально-волевая сфера: реакции незрелые, побуждения возникают только извне и быстро исчерпываются. Отмечается общая слабость волевого компонента в структуре повышенной психической истощаемости. Навыки самообслуживания и гигиены сформированы лишь частично и требуют контролирующего участия взрослого. Так же, как и у брата, отмечается избирательность в еде и нарушения сна (трудности засыпания, частые пробуждения).

Обоим близнецам впервые в возрасте 6 лет была назначена нейролептическая терапия, направленная на коррекцию выраженных поведенческих нарушений, стабилизацию эмоционально-волевой сферы, нормализацию сна и снижение психомоторного возбуждения с целью создания условий для дальнейших коррекционно-развивающих занятий и повышения адаптационных возможностей. Для близнеца М. была подобрана следующая схема терапии: рисперидон (risperidone) 0,5 мг 2 р/сут. (утром и вечером), на фоне чего наблюдалась положительная динамика – улучшился сон, стал спокойнее и упорядоченнее в поведении, однако остается негативистичным, сохраняя задержка речевого развития, протестные реакции, выраженные нарушения в коммуникативной, эмоционально-волевой сферах, игровой и познавательной деятельности, критика к своему поведению отсутствует. Близнец Н. получал рисперидон в дозе 0,5 мг 1 р/сут. (вечером). На фоне данной терапии также наблюдалась положительная динамика – улучшились сон и внимание, обучение на занятиях стало даваться легче.

Анализ клинической картины близнеца М. позволяет говорить о том, что она соответствует тяжелому варианту РАС, сочетающемуся с грубой интеллектуальной недостаточностью. Ориентировочно уровень его когнитивных функций соответствует 30 баллам по шкале Векслера, однако получить точные количественные показатели не представляется возможным из-за грубых нарушений в эмоционально-волевой сфере и невозможности выполнения тестовых заданий. У близнеца Н. наблюдается вариант РАС средней степени тяжести – коэффициент интеллектуального развития по методике Векслера соответствует 40 баллам, при сохранности некоторых когнитивных предпосылок отмечаются выраженные трудности их произвольного использования и социальной адаптации, что опреде-

ляет высокую потребность в поддержке, хотя и менее глубокую, чем у сибса.

Обсуждение гетерогенности проявлений. Представленный клинический случай близнецов М. и Н. демонстрирует ключевую особенность расстройств аутистического спектра – их значительную клиническую гетерогенность. Несмотря на предполагаемую генетическую идентичность и общность всех перинатальных факторов (осложненная беременность, COVID-19 во втором триместре, глубокая недоношенность, гипоксическое поражение ЦНС), клиническая картина у братьев принципиально различается. У близнеца М. наблюдается тяжелый вариант РАС с грубой интеллектуальной недостаточностью (ориентировочно ниже 30 баллов по шкале Векслера), отсутствием речи, полевым поведением и полной невозможностью самообслуживания. Это соответствует крайнему полюсу гетерогенности расстройств аутистического спектра, где когнитивный и социальный дефицит максимально выражен [4, 14]. У близнеца Н., напротив, при типичных для РАС нарушениях коммуникации (эхолалии, формальность контакта) и эмоционально-волевой незрелости выявляется парциальная сохранность отдельных когнитивных функций: счет, знание цветов и форм. Однако использовать эти предпосылки произвольно он не может из-за быстрой истощаемости и слабости побуждений. Таким образом, у близнеца Н. отмечается среднетяжелый вариант РАС с неравномерностью когнитивного профиля, когда отдельные способности частично сохранены на фоне общего отставания в развитии.

Данные о неабсолютной конкордантности монозиготных близнецов по РАС подтверждают, что даже общей генетической предрасположенности недостаточно для определения конечной тяжести расстройства. В данном случае ключевым модулирующим фактором могла стать исходная разница в массе тела при рождении (у М. на 160 г меньше), что могло сделать его нейронально более уязвимым к общим повреждающим факторам. Обращает на себя внимание синхронный регресс навыков после полутора лет относительно благополучного развития у обоих детей. Это указывает на общий триггерный механизм, однако разная глубина регресса подтверждает изначально различную «прочность» сформированных нейрокогнитивных структур.

Заключение. Таким образом, данный случай иллюстрирует положение о том, что клиническая гетерогенность РАС может проявляться даже у генетически идентичных близнецов под влиянием минимальных различий в перинатальном статусе. Он также подтверждает представление о РАС как о спектре, где тяжесть интеллектуального дефицита и глубина аутистических расстройств могут варьировать в довольно широких пределах, а итоговый фенотип формируется в результате сложного взаимодействия генетических, средовых и стохастических факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коргожа М.А., Абдулаева А.М. Особенности развития и психическое здоровье близнецов раннего возраста: обзор отечественных и зарубежных исследований // Аутизм и нарушения развития. 2024. Т. 22. № 1. С. 17–26. doi: 10.17759/autdd.2024220103

2. Попов П.П., Игнатович А.В. Аутизм как проблема // Педагогика: история, перспективы. 2024. Т. 7. № 5-6. С. 92–102. doi: 10.17748/2686–9969–2024–7-5-6-92-102

3. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Антонова А.А., Бачило Е.В., Деева М.А., Кормилицина А.С. Клинико-диагностические аспекты раннего детского аутизма // Психическое здоровье. 2016. Т. 14. № 6 (121). С. 60–71.

4. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Камышонкова М.А., Атапина Е.А. Расстройства аутистического спектра у детей: основные проблемы и пути решения // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2023. № 8. С. 607–623.

5. Хамраева Л.С., Усманова Е.А., Бобоха Л.Ю. Клинические особенности изменений органа зрения у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы // Российская педиатрическая офтальмология. 2015. Т. 10. № 3. С. 37–40.

REFERENCES

1. Korgozha M.A., Abdulaeva A.M. Osobennosti razvitiya i psikhicheskoe zdorov'e blizneczov rannego vozrasta: obzor otechestvenny'kh i zarubezhny'kh issledovaniy // Autizm i narusheniya razvitiya. 2024. T. 22. # 1. S. 17–26. doi: 10.17759/autdd.2024220103

2. Popov P.P., Ignatovich A.V. Autizm kak problema // Pedagogika: istoriya, perspektivy. 2024. T. 7. # 5-6. S. 92–102. doi: 10.17748/2686–9969–2024–7-5-6-92-102

3. Filippova N.V., Baryl'nik Yu.B., Antonova A.A., Bachilo E.V., Deeva M.A., Kormiliczina A.S. Kliniko-diagnosticheskie aspekty` rannego detskogo autizma // Psikhicheskoe zdorov'e. 2016. T. 14. # 6 (121). S. 60–71.

4. Filippova N.V., Baryl'nik Yu.B., Kamy'shonkova M.A., Atapina E.A. Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej: osnovny'e problemy` i puti resheniya // Vestnik nevrologii, psikiatrii i nejrokhirurgii. 2023. # 8. S. 607–623.

5. Khamraeva L.S., Usmanova E.A., Bobokha L.Yu. Klinicheskie osobennosti izmenenij organa zreniya u detej s perinatal'ny'm porazheniem czentral'noj nervnoj sistemy` // Rossijskaya pediatricheskaya oftal'mologiya. 2015. T. 10. # 3. S. 37–40.

6. Bradshaw J., Klaiman C., Gillespie S., Brane N., Lewis M., Saulnier C. Walking ability is associated with social communication skills in infants at high risk for Autism Spectrum Disorder // Infancy. 2018. Vol. 23. No. 5. P. 674–691. doi: 10.1111/inf.12242

7. Castelbaum L., Sylvester C.M., Zhang Y., Yu Q., Constantino J.N. On the nature of monozygotic twin concordance and discordance for autistic trait severity: a quantitative analysis // Behavior Genetics. 2020. Vol. 50. No. 4. P. 263–272. doi: 10.1007/s10519-019-09987-2

8. Constantino J.N., Kennon-McGill S., Weichselbaum C., Marrus N., Haider A., Glowinski A.L., Jones W. Infant viewing of social scenes is under genetic control and is atypical in autism // Nature. 2017. Vol. 547. No. 7663. P. 340–344. doi: 10.1038/nature22999

9. Kim J., Kim H.M., Cha H.-H., Seong W.J. Perinatal outcomes and neurodevelopment 1 year after birth in discordant twins according to chorionicity // Medicina (Kaunas). 2023. Vol. 59. No. 3. Art. 493. doi: 10.3390/medicina59030493

10. Lavenne-Collot N., Jallot N., Maguet J., Degrez C., Botbol M., Grandgeorge M. Early motor skills in children with Autism Spectrum Disorders are marked by less frequent hand and knees crawling // Perceptual and Motor Skills. 2021. Vol. 128. No. 5. P. 2148–2165. doi: 10.1177/00315125211037983

11. Litman A., Sauerwald N., Green Snyder L., Foss-Feig J., Park C.Y., Hao Y.,

Dinstein I., Theesfeld C.L., Troyanskaya O.G. Decomposition of phenotypic heterogeneity in autism reveals underlying genetic programs // *Nature Genetics*. 2025. Vol. 57. No. 7. P. 1611–1619. doi: 10.1038/s41588-025-02224-z

12. Nan C., Piek J., Warner C., Mellers D., Krone R.E., Barrett T., Zeegers M.P. Trajectories and predictors of developmental skills in healthy twins up to 24 months of age // *Infant Behavior and Development*. 2013. Vol. 36. No. 4. P. 670–678. doi: 10.1016/j.infbeh.2013.07.003

13. Panchenko E.I., Sosnova E.A. Discordant anomalies in monozygotic twins // V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology. 2018. Vol. 5. No. 4. P. 208–214. doi: 10.18821/2313-8726-2018-5-4-208-214

14. Raj S., Jemi M.T., Mammen P. Clinical practice guidelines for cognitive impairment in Autism spectrum disorder – Assessment and management // *Indian Journal of Psychiatry*. 2025. Vol. 67. No. 1. P. 117–127. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_811_24

15. Shook L.L., Castro V., Ibanez-Pintor L., Perlis R.H., Edlow A.G. Neurodevelopmental Outcomes of 3-Year-Old Children Exposed to Maternal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Utero // *Obstetrics and Gynecology*. 2026. Vol. 147. No. 1. P. 11–20. doi: 10.1097/AOG.0000000000006112

16. Tick B., Bolton P., Happe F., Rutter M., Rijdsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016. Vol. 57. No. 5. P. 585–595. doi: 10.1111/jcpp.12499

N.V. Filippova, P.S. Astafieva, V.G. Koldorkina, P.S. Kolosova, A.A. Pukhlekova
GENETIC IDENTITY VERSUS CLINICAL DIFFERENCES:
ANALYSIS OF ASD IN MONOZYGOTIC TWINS

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky (Saratov).

Summary. This article presents a clinical analysis of the heterogeneity of autism spectrum disorders (ASD) in a pair of monozygotic twins born in 2020 with a common perinatal history (extreme prematurity, hypoxia, and maternal COVID-19 during pregnancy). Despite genetic identity and similar conditions of gestation and early development, the twins developed phenotypically different variants of ASD. Twin M. was diagnosed with a severe variant of ASD, associated with severe intellectual disability ($IQ < 30$), speech impediments, and field behavior. Twin N. was diagnosed with a moderate variant of ASD with partial preservation of cognitive functions ($IQ \approx 40$) and severe impairments in social adaptation and emotional-volitional spheres. Thus, even minimal differences in perinatal status (birth weight) and different neuronal vulnerabilities to common damaging influences may act as significant factors modulating the severity of manifestations in individuals with a common genetic basis.

Keywords: autism spectrum disorders (ASD), monozygotic twins, clinical heterogeneity, perinatal pathology, dysontogenesis, intellectual disability, skill regression.

**ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЛИЧНОСТИ НА СНИЖЕНИЕ
УРОВНЯ СКЛОННОСТИ К АГРЕССИВНОМУ И АУТОАГРЕССИВНОМУ
ПОВЕДЕНИЮ В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕЗАПНЫХ НАПАДЕНИЙ
ОБУЧАЮЩИХСЯ НА СВОИХ СВЕРСТНИКОВ И УЧИТЕЛЕЙ
В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ
(АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

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

Резюме. Было проведено экспериментальное исследование, ведущими методами которого стали социально-психологический тренинг, психологические методики диагностики уровня жизнеспособности, значимости ценностей и уровня склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Выборку исследования составили школьники в возрасте 16–17 лет в количестве 47 человек. Выявлены особенности динамики жизнеспособности, отражаемые в интегральной личностной системе ценностных ориентаций подростков и влияющие на уровень склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению у подростков, позволяющие говорить о позитивном влиянии социально-психологических интервенций, использующих развитие жизнеспособности личности. Таким образом, жизнеспособность личности подростков может выступать существенным фактором, способствующим снижению уровня риска развития подавленных стремлений к агрессивному и аутоагрессивному поведению и, в этом плане, снижению уровня риска проявления случаев «шуттинга». Представленные результаты могут быть положены в основу разработки психолого-педагогической программы профилактики случаев внезапных нападений школьников на своих сверстников и учителей с применением оружия в условиях образовательной среды.

Ключевые слова: деструктивное поведение, агрессивное поведение, суицидальное поведение, шуттинг, социально-психологическая превенция шуттинга, жизнеспособность личности.

Введение. В первой – теоретической – части исследования было обосновано, что формирование жизнеспособности молодого человека, как синергетического свойства личности, становится основой развития личностного потенциала, и использование профилактической работы, в основу которой положено развитие жизнеспособности, может через использование смоделированных социальных ситуаций стать импульсом поиска и нахождения индивидуальных жизненных ценностей молодого человека, выступающих основой нормативного развития личности. Такое позитивное развитие личностного потенциала, в свою очередь, позволяет осуществлять успешную превенцию деструктивного, агрессивного и аутоагрессивного поведения.

В этом плане можно предположить, что такое интегральное качество личности, как жизнеспособность, связано с такой интегральной системой личности, как ценностные ориентации, которые, в свою очередь, связаны с проявлениями различных форм поведения, как позитивного, так и негативного, в молодежной среде. Поэтому можно предложить следующую **рабочую гипотезу**: уровень жизнеспособности проявляется характерными особенностями в системе ценностных ориентаций личности и связан со склонностью к таким формам девиантного поведения у подростков, как агрессивное и аутоагрессивное поведение. Проверка данной гипотезы предполагает эмпирическую верификацию и определяет следующие **задачи исследования**.

1. Провести эмпирическое исследование систем ценностных ориентаций, жизнеспособности личности и уровня склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению у подростков.

2. Организовать социально-психологический тренинг с подростками, в основе которого будет лежать моделирование жизненных ситуаций с целью выявления индивидуальных систем ценностей и для дальнейшей их переориентации на позитивную направленность, закладывая тем самым основу развития жизнеспособности личности подростков.

3. Повторно провести исследование систем ценностных ориентаций, жизнеспособности и уровня склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению у подростков после проведения социально-психологического тренинга с целью анализа изменений систем ценностей и влияния формирования жизнеспособности личности на уровень склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению.

Материал и методы исследования. Эмпирическая база исследования - школа № 2 р.п. Новая Майна. В исследовании приняли участие старшеклассники, юноши и девушки в возрасте 16–17 лет в количестве 47 человек. Генеральная совокупность школьников была разделена на две главные выборки: 1) экспериментальная, в которой был проведен социально-психологический тренинг, составила 23 человека; 2) контрольная, в которой никаких социально-психологических мероприятий не проводилось, составила 24 человека. В свою очередь, данные главные выборки были разделены на подвыборки в зависимости от уровня склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Получились следующие подвыборки:

- 1) экспериментальная с высоким уровнем склонности к агрессивному поведению - 5 человек;

- 2) экспериментальная с высоким уровнем склонности к аутоагрессивному поведению - 4 человека;

- 3) экспериментальная с низким уровнем склонности и к агрессивному, и к аутоагрессивному поведению - 14 человек;

- 4) контрольная с высоким уровнем склонности к агрессивному поведению - 4 человека;

- 5) контрольная с высоким уровнем склонности к аутоагрессивному поведению - 3 человека;

б) контрольная с низким уровнем склонности и к агрессивному, и к аутоагрессивному поведению - 17 человек.

В качестве инструментария и критерия для разделения на подвыборки старшеклассников, склонных и не склонных к агрессивному поведению, был использован опросник П.А. Ковалева «Агрессивное поведение» [9]. П.А. Ковалев дифференцировал агрессивное поведение и агрессивные свойства личности [6]. С целью психодиагностики уровня склонности к аутоагрессивному был использован опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой [3]. По мнению Т.Н. Разуваевой, суицидальное поведение для еще несформированной личности подростка не осознается как однозначно негативное и поэтому агрессивное поведение может быть направлено в том числе и на собственное тело [11].

С целью исследования особенностей жизнеспособности старшеклассников использовалась Шкала оценки жизнеспособности детей и молодежи (Child and Youth Resilience Measure CYRM), предназначенная для диагностики вклада набора факторов в формирование жизнеспособности подростка до 21 года. [7, 15]. А.В. Махнач адаптировал к национальной российской выборке [8]. Данная методика оценивает вклад национальной и международной части, включающей индивидуальные характеристики, семейную поддержку и контекст конструкта жизнеспособности.

С целью диагностики структур ценностей использовался ценностный опросник S.H. Schwarz, ориентированный на измерение мотивационных доменов, определяющих наиболее значимые ценностные ориентиры жизнедеятельности человека [16]. Согласно анализу В.Н. Карандашева, в подходе S.H. Schwarz выделяются социальные и индивидуальные ценности, при этом ценностные ориентации личности представляют собой интериоризированные индивидом социальные ценности [4].

Экспериментальное исследование влияния жизнеспособности личности на уровень склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению основывалось на изучении влияния внедрения программы личностного развития, построенной на том предположении, что благодаря развитию внутренней мотивации деятельности повышается уровень жизнеспособности. В рамках программы проводится анализ жизненного пути обучающихся, на основе которого выявляются личностные особенности значимых людей, связанных с важными событиями обучающихся. Для этого был использован метод репертуарных решеток [13], основанный на теории личностных конструктов Дж. Келли [5, 12], позволяющий выявлять у молодых людей их системы личностных конструктов, которые представляют систему наиболее значимых ориентиров в их отношениях с самим собой, с окружающими и миром, которые, по сути, представляют систему ценностных ориентаций личности.

В рамках программы обучающимся на основе серии теоретических и практических занятий предлагается сыграть роли внутренне мотивированных личностей, что позволяет получить новый опыт личностного развития и повысить мотивацию к жизнеспособности. В этом плане программа представляет собой

педагогическую технологию, направленную на развитие мотивации к жизнеспособности, и позволяет исследовать влияние мотивационного развития на ценностное самоопределение и взаимосвязь с жизнеспособностью. В свою очередь, ценностное развитие предполагает создание хорошей основы для профилактики шуттинга. Все это согласуется с социокультурной теорией творческого самоопределения, указывающей на взаимосвязь ценностного и личностного самоопределения, выражаемого в отношениях к себе, к окружающим и к обществу [14]. Для проведения проверочного педагогического эксперимента было предложено экспериментальное внедрение программы ценностного развития в школьных классах в рамках образовательного процесса с дальнейшим анализом полученных результатов.

Согласно статистическому критерию нормальности Колмогорова–Смирнова (при $p \geq 0,05$) можно сделать вывод о приблизительном соответствии эмпирического распределения интегрального показателя жизнеспособности и среднегрупповых значений ценностей нормальному. В дополнение к сказанному, обучающиеся были разделены на подвыборки, измерения в которых проводились до и после экспериментального внедрения, то есть генеральная совокупность была распределена на зависимые выборки, в которых планировалось сопоставление групповых дисперсий изучаемых признаков с целью анализа результатов исследования. С учетом сказанного, для интерпретации данных исследования при сравнении изучаемых подвыборок был использован статистический параметрический t-критерий Стьюдента для зависимых выборок. Также с целью удобства изложения материала, в дальнейшем будут использоваться следующие аббревиатуры: ПСАП – подростки, склонные к агрессивному поведению, ПСААП – подростки, склонные к аутоагрессивному поведению, ПНСАП – подростки, не склонные к агрессивному поведению, ПНСААП – подростки, не склонные к аутоагрессивному поведению.

Результаты и их обсуждением. С целью исследования особенностей жизнеспособности и связанных с ними систем ценностных ориентаций подростков-школьников до проведения экспериментального внедрения был проведен сравнительный анализ компонентов жизнеспособности и ценностных ориентаций учеников с высоким и низким уровнем склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Благодаря использованию статистического t-критерия Стьюдента были выявлены значимые различия в показателях следующих компонентов жизнеспособности и ценностных ориентаций. У ПСАП был обнаружен более низкий уровень интегрального показателя жизнеспособности ($t_3=3,7407$, $p \leq 0,01$), а также более высокие показатели среднегрупповых значений ценностей Наслаждение ($t_3=2,8252$, $p \leq 0,01$), Достижения ($t_3=2,5341$, $p \leq 0,01$), Социальная власть ($t_3=3,8592$, $p \leq 0,01$) и Самоопределение ($t_3=1,9687$, $p \leq 0,05$) (табл. 1). Соотношение показателей жизнеспособности и ценностных ориентаций ПСАП представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Сравнение среднегрупповых значений жизнеспособности и ценностей ПНСАП и ПСАП до проведения эксперимента

№ п/п	Уровень значимости компонентов	Среднегрупповые значения		Среднеквадратические отклонения		$t_{\text{эмп}}$
		ПНСАП	ПСАП	ПНСАП	ПСАП	
1	Жизнеспособность	133,0	124,5	5,4772	15,1767	3,7407**
Ценности						
1	Наслаждение	3,5123	6,1325	0,7115	1,1816	3,8252**
2	Достижения	2,1547	4,3158	1,2457	1,6917	2,5341**
3	Социальная власть	2,4411	4,8871	0,5518	1,0565	3,8592**
4	Самоопределение	3,1341	4,7115	1,2632	1,6584	1,9687*
5	Стимуляция	4,3354	5,1712	1,1213	0,5819	1,2811
6	Конформизм	3,3161	2,8842	0,3815	0,7514	0,8213
7	Социальность	3,7512	4,0317	0,4487	1,1895	0,4465
8	Безопасность	4,7131	5,5873	0,8114	0,6832	1,3001
9	Зрелость	4,8947	4,5701	0,5603	0,4711	0,6398
10	Поддержка традиций	3,5533	4,3874	0,3515	0,8524	1,5902

* - значимые различия при $p \leq 0,05$; ** - значимые различия при $p \leq 0,01$

Исследование уровня жизнеспособности и систем ценностных ориентаций выявило более высокий уровень интегрального показателя жизнеспособности у ПНСАП, что свидетельствует о более низком уровне жизнеспособности ПСАП.

Данная личностная особенность отражается у ПСАП в более высоком уровне значимости ценностей наслаждения, достижения, социальной власти и самоопределения. Система ценностных ориентаций ПСАП образует совместимый мотивационный кластер ценностей наслаждения, достижения, социальной власти и самоопределения. Мотивационная ориентация ПСАП фокусируется на социальном уважении с теми особенностями, что ценности достижения акцентированы на активном проявлении компетентности в непосредственном взаимодействии с производными потребностями в самоконтроле, а ценности социальной власти образуют акцент на достижении доминантной позиции в рамках целой социальной системы. Аналогичные результаты были получены в проведенном нами ранее эмпирическом исследовании на выборке молодых людей с высоким уровнем склонности к агрессивному поведению, для которых характерна более высокая значимость достижений, что связано с социальным признанием, а также более высокая значимость социальной власти, связанной со стремлением руководить людьми и событиями [10]. Более того, согласно результатам эмпирического исследования В.В. Брюно и М.Е. Поздняковой, подростки посредством агрессивного поведения стремятся достичь самоутверждения, а также получить наслаждение [1]. Ценность наслаждения у ПСАП определяет мотивационную цель на получение удовольствия от жизни. Вместе с этим, данная конфигурация ценностей

ПСАП свидетельствует об их открытости изменениям.

Далее, у ПСААП был обнаружен более низкий уровень интегрального показателя жизнеспособности ($t_3=3,4318$, $p\leq 0,01$), а также более высокие показатели среднегрупповых значений ценностей Достижения ($t_3=3,1617$, $p\leq 0,01$) и Самоопределение ($t_3=2,4575$, $p\leq 0,01$) (табл.2). Соотношение показателей жизнеспособности и ценностных ориентаций ПСААП представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Сравнение среднегрупповых значений жизнеспособности и ценностей ПНСААП и ПСААП до проведения эксперимента

№ п/п	Уровень значимости компонентов	Среднегрупповые значения		Среднеквадратические отклонения		$t_{\text{эмп}}$
		ПНСААП	ПСААП	ПНСААП	ПСААП	
1	Жизнеспособность	133,0	126,0	5,4772	11,1654	3,4318**
Ценности						
1	Наслаждение	3,5114	3,2513	0,7101	1,5545	0,3312
2	Достижения	2,1578	4,5432	1,2381	1,0115	3,1617**
3	Социальная власть	2,4417	3,5615	0,5598	2,7205	1,2413
4	Самоопределение	3,1361	5,0474	1,2684	1,2049	2,4575**
5	Стимуляция	4,3314	4,3376	1,1208	1,1211	0,0001
6	Конформизм	3,3114	4,1351	0,3842	1,4866	1,1975
7	Социальность	3,7555	4,3115	0,4413	0,9403	0,9607
8	Безопасность	4,7112	4,7111	0,8006	0,5704	0,0002
9	Зрелость	4,8906	4,8244	0,5661	0,9518	0,1232
10	Поддержка традиций	3,5047	3,1905	0,3585	1,5269	0,4691

* - значимые различия при $p\leq 0,05$; ** - значимые различия при $p\leq 0,01$

Исследование уровня жизнеспособности и систем ценностных ориентаций подростков-школьников, с высоким и низким уровнем склонности к аутоагрессивному поведению выявило более высокий уровень интегрального показателя жизнеспособности у ПНСААП, что свидетельствует о более низком уровне жизнеспособности у ПСААП. Аналогичные результаты были получены в исследовании, в котором выявлена устойчивая взаимосвязь низкого уровня жизнеспособности с аутоагрессивным поведением [2].

Данная личностная особенность отражается у ПСААП, в отличие от ПСАП, в более высоком уровне значимости ценностей достижения и самоопределения. Система ценностных ориентаций ПСААП образует совместимый мотивационный кластер ценностей достижения и самоопределения. Мотивационная ориентация ПСААП проявляется в определяющей цели – личный успех через проявление компетентности в соответствии с социальными стандартами, что формирует зависимость от социального одобрения. Определяющая же цель самоопределения состоит в самостоятельности мышления и выбора способов действия, в творчестве и исследовательской активности, что так же, как у ПСАП производно от по-

требности организма в самоконтроле, а также от интеракционной потребности в автономности. Вместе с этим, данная конфигурация ценностей ПСААП свидетельствует о меньшей их открытости изменениям по сравнению с ПСАП.

В дальнейшем с целью исследования особенностей жизнеспособности и связанных с ними систем ценностных ориентаций подростков-школьников после проведения экспериментального внедрения был проведен сравнительный анализ компонентов жизнеспособности и ценностных ориентаций ПСАП и ПСААП из контрольной и экспериментальной групп. Также было произведено сравнение самого уровня склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Благодаря использованию статистического t-критерия Стьюдента были выявлены значимые различия в показателях следующих компонентов жизнеспособности, ценностных ориентаций и уровнях склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению.

У ПСАП из экспериментальной группы было обнаружено статистически значимое повышение уровня интегрального показателя жизнеспособности ($t_3=3,6743$, $p \leq 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Также в экспериментальной группе было обнаружено статистически значимое повышение среднegrupповых показателей значения ценности Конформизм ($t_3=2,8574$, $p \leq 0,01$) и уровня склонности к агрессивному поведению ($t_3=2,1481$, $p \leq 0,05$) (табл. 3). Соотношение показателей жизнеспособности, ценностных ориентаций и уровня склонности к агрессивному поведению ПСАП представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Сравнение среднegrupповых значений жизнеспособности и ценностей ПСАП из контрольной и экспериментальной группы до и после проведения эксперимента

№ п/п	Компоненты	Контрольная группа		$t_{\text{эмп}}$	Экспериментальная группа		$t_{\text{эмп}}$
		До	После		До	После	
1.	Жизнеспособность	124,5	124,75	0,1697	124,25	135,75	3,6743**
Ценности							
1	Наслаждение	6,7505	6,9125	0,1727	6,1325	5,3755	1,0793
2	Достижения	4,4451	4,2255	0,0821	4,3852	3,9448	0,4451
3	Социальная власть	4,6875	4,6753	0,3011	4,8759	4,1875	0,8532
4	Самоопределение	4,6798	4,7561	0,0468	4,7084	5,4583	1,1144
5	Стимуляция	5,1221	5,1321	0,1327	5,1663	4,4167	1,1824
6	Конформизм	3,1815	3,2273	0,5018	2,8725	4,6257	2,8574**
7	Социальность	4,0014	4,0125	0,0251	4,0325	4,7535	1,1596
8	Безопасность	5,4596	5,4667	0,0618	5,5804	4,8752	0,8996
9	Зрелость	4,8302	4,8321	0,5811	4,5713	4,3928	0,3202
10	Поддержка традиций	4,5254	4,5375	0,2436	4,3739	4,8754	0,8123
Уровень склонности							
1	к агрессивному поведению	39,9185	40,1518	0,1913	38,2194	40,6365	2,1481*

* - значимые различия при $p \leq 0,05$; ** - значимые различия при $p \leq 0,01$

Экспериментальное внедрение социально-психологической программы личностного роста, основанной на анализе жизненной ситуации и стимулировании внутренней мотивации деятельности у ПСАП ведет к повышению уровня жизнеспособности наряду с повышением значимости ограничительного конформизма и повышения уровня склонности к агрессивному поведению.

Такие разнородные показатели могут быть объяснены тем, что позитивное влияние социально-психологического тренинга развития внутренней мотивации привело к повышению жизнеспособности подростков и, наряду с этим, повысило их стремление к социально одобряемым действиям. Поскольку определяющая мотивационная цель ценностной ориентации на конформность является сдерживание действий и побуждений к действиям, которые могут причинить вред другим или не соответствуют социальным ожиданиям, а ПСАП ориентированы на агрессивные действия в социальных ситуациях, то повышение конформизма является только внешней маской, а повышение жизнеспособности связано с большей агрессивной направленностью личности подростка из данной группы.

У ПСААП из экспериментальной группы, в отличие от ПСАП не было обнаружено статистически значимых изменений уровней интегрального показателя жизнеспособности ($t_s=0,3937$) и среднегрупповых показателей значений ценностей по сравнению с контрольной группой. Тем не менее, в экспериментальной группе было обнаружено статистически значимое снижение среднегруппового показателя уровня склонности к аутоагрессивному поведению ($t_s=2,2417$, $p \leq 0,05$) (табл.4). Соотношение показателей жизнеспособности, ценностных ориентаций и уровня склонности к аутоагрессивному поведению ПСААП представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Сравнение среднегрупповых значений жизнеспособности и ценностей ПСААП из контрольной и экспериментальной группы до и после проведения эксперимента

№ п/п	Компоненты	Контрольная группа		$t_{\text{гп}}$	Экспериментальная группа		$t_{\text{гп}}$
		До	После		До	После	
1	Жизнеспособность	125,75	126,0	0,5393	126,25	125,5	0,3937
Ценности							
1	Наслаждение	3,2545	3,5563	0,3159	3,2503	2,8757	0,4595
2	Достижения	4,5013	4,4632	0,7407	4,5146	4,8768	0,4053
3	Социальная власть	3,5625	3,7185	0,1195	3,7157	3,4375	0,1116
4	Самоопределение	5,0417	5,1971	0,1811	5,1667	5,7071	0,6895
5	Стимуляция	4,3333	4,1221	0,5834	4,1857	3,8333	0,8569
6	Конформизм	4,1252	4,4791	0,7591	4,0625	4,8261	0,8233
7	Социальность	4,3125	4,3819	0,0677	4,5947	4,9477	0,2964
8	Безопасность	4,7083	4,5672	0,6154	4,7514	4,9466	0,0677
9	Зрелость	4,8214	4,9502	0,2827	4,6071	4,4329	0,2142
10	Поддержка традиций	3,1875	3,5189	0,8252	3,7501	3,2076	0,6813
Уровень склонности							
1	к аутоагрессивному поведению	45,6871	44,9511	0,9722	45,5121	39,1415	2,2417*

* - значимые различия при $p \leq 0,05$

Результаты экспериментального внедрения социально-психологической программы личностного роста, основанной из анализе жизненной ситуации и стимулировании внутренней мотивации деятельности у ПСААП в отличие от ПСАП не привело к какому-либо значимому изменению уровня жизнеспособности.

Однако, вместе с этим, в экспериментальной группе ПСААП произошло значительное снижение уровня склонности к аутоагрессивному поведению.

Такое разное влияние социально-психологического тренинга развития внутренней мотивации на ПСАП и ПСААП может быть объяснено тем, что, как было сказано, одной из особенностей системы ценностных ориентаций ПСААП является закрытость к внешним изменениям. Поэтому социально-психологическое влияние не произвело изменений на личностном уровне, что не было отражено в системе ценностей, а изменения произошли на поведенческом уровне. В этом плане позитивное влияние социально-психологического тренинга сказалось в снижении склонности к аутоагрессивному поведению.

Заключение и выводы. Таким образом, на основании вышесказанного, можно сделать следующие выводы.

1. Одним из вариантов строгого определения случаев внезапного нападения школьников на своих сверстников и учителей в учебных заведениях с применением оружия, получившие название «шуттинг», можно принять такие случаи, которые происходят в учебных заведениях, с вовлечением большого количества людей, с высоким риском потери жизни. Индивиды, совершающие акты «шуттинга», могут быть охарактеризованы как обычные, неконфликтные, ничем не привлекающие внимания, люди. При этом стоит отметить социальные и личностные факторы риска «шуттинга», такие как шизофреническое расстройство личности, склонность к суицидальному поведению, семейное неблагополучие, подразумевающее напряженные детско-родительские отношения с подавленной агрессией, а также школьное неблагополучие, подразумевающее издевательства и унижения от сверстников. Тем не менее, основная проблематика «шуттинга» заключается в ее латентности, когда случаю не предшествуют никакие значимые социально-психологические события, что обуславливает высокую значимость именно превентивных мер, направленных на профилактику «шуттинга». И перспективным направлением превенции внезапных нападений школьников на своих сверстников и учителей в учебных заведениях с применением оружия может стать развитие жизнеспособности личности молодого человека.

2. Формирование жизнеспособности молодого человека как синергетического свойства личности становится основой развития личностного потенциала, и использование профилактической работы, в основу которой положено развитие жизнеспособности, может через использование смоделированных социальных ситуаций стать импульсом поиска и нахождения индивидуальных жизненных ценностей молодого человека, выступающих основой нормативного развития личности. Такое позитивное развитие личностного потенциала, в свою очередь, позволяет осуществлять успешную превенцию деструктивного, агрессивного и аутоагрессивного поведения.

3. В связи с поставленной проблемой «шуттинга» было предложено проверить следующую рабочую гипотезу: уровень жизнеспособности проявляется характерными особенностями в системе ценностных ориентаций личности и связан со склонностью к таким формам девиантного поведения у подростков,

как агрессивное и аутоагрессивное поведение. Проверка данной гипотезы предполагает эмпирическую верификацию. С целью исследования особенностей жизнеспособности и связанных с ними систем ценностных ориентаций подростков-школьников до и после проведения экспериментального внедрения был проведен сравнительный анализ компонентов жизнеспособности и ценностных ориентаций учеников с высоким и низким уровнем склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Экспериментальное исследование позволяет перенести результаты на решение проблемы внезапных нападений школьников на своих сверстников и учителей в учебных заведениях с применением оружия через построение основ социально-психологической профилактики данного деструктивного явления.

4. Исследование уровня жизнеспособности и систем ценностных ориентаций подростков-школьников с высоким и низким уровнем склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению выявило более высокий уровень интегрального показателя жизнеспособности у подростков-школьников с низким уровнем склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению, что свидетельствует о более низком уровне жизнеспособности подростков-школьников, склонных к агрессивному и аутоагрессивному поведению.

5. Экспериментальное внедрение социально-психологической программы личностного роста, основанной из анализе жизненной ситуации и стимулировании внутренней мотивации деятельности у ПСАП, ведет к повышению уровня жизнеспособности наряду с повышением значимости ценности ограничительного конформизма, но и повышения уровня склонности к агрессивному поведению. Вместе с этим экспериментальное внедрение указанной программы личностного роста у ПСААП, в отличие от ПСАП, не привело к какому-либо значимому изменению уровня жизнеспособности. Однако, вместе с этим, в экспериментальной группе ПСААП произошло значительное снижение уровня склонности к аутоагрессивному поведению. В общем, выявленные особенности динамики жизнеспособности, отражаемые в интегральной личностной системе ценностных ориентаций подростков и влияющие на уровень склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению, позволяют говорить о позитивном влиянии социально-психологических интервенций, использующих развитие жизнеспособности личности, подтверждая рабочую гипотезу исследования и закладывая основу успешной профилактики внезапных нападений школьников на своих сверстников и учителей в учебных заведениях с применением оружия («шуттинга»).

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюно В.В., Позднякова М.Е, Агрессивное поведение детей и подростков как предиктор девиантного и криминального поведения: средовые и личностные факторы // Россия реформирующаяся. 2023. № 21. С. 407-447.
2. Бурделова Е.В., Ивашиненко Д.М., Ивашиненко Л.В. Медико-психологические факторы развития агрессивного поведения // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал. 2017. № 2. С.285-288.
3. Диагностика отклоняющегося поведения. Вып. 1. Психологическая диагностика самоповреждающего и суицидального поведения: учебно-методическое пособие / Н.А. Добровидова, М.Ю. Горохова, И.Л. Матасова, Е.Н. Устюжанинова, М.А. Шаталина. Самара: СФ ГАОУ ВО МГПУ, 2022. 50 с.
4. Карандашев В.Н. Методика Шварца в изучении ценностей личности:

концепция и методическое руководство. СПб.: Речь, 2004. 70 с.

5. Келли Дж.А. Теория личности. СПб.: Речь, 2000. 249 с.

6. Ковалев П.А. Возрастно-половые особенности отражения в сознании структуры собственной агрессивности и агрессивного поведения: Дисс. ... канд.психол.наук. СПб., 1996. 161 с.

7. Мастен Э.С., Дистефано Р. Наука о жизнеспособности и ее применение для позитивного развития детей // Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты / Отв. ред. А.В. Махнач, Л.Г. Дикая. М.: ИП РАН, 2016. С. 31-45.

8. Махнач А.В. Исследования жизнеспособности человека: основные подходы и модели // Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты / Отв.ред. А.В. Махнач, Л.Г. Дикая. М.: ИП РАН, 2016. С. 46-71.

9. Методы психологической диагностики агрессии и агрессивности школьников: Учебно-методическое пособие / Сост. Л.В. Шипова. Саратов, 2016. 56 с.

10. Ощепков А.А., Пискунова Е.Н. Особенности взаимосвязи жизнеспособности и ценностных ориентаций молодежи, склонной к девиантному поведению в форме установки на нарушение социальных норм // Вестник высшей школы (Alma mater). 2023. № 11. С. 31-38.

11. Разуваева Т.Н., Романенко А.А., Саенко Д.М. Тревожность как фактор возникновения суицидального риска у подростков // Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал. 2018. № 2 (11). С. 59-65.

REFERENCES

1. Bryuno V.V., Pozdnyakova M.E, Agressivnoe povedenie detej i podrostkov kak prediktor deviantnogo i kriminal'nogo povedeniya: sredovy'e i lichnostny'e faktory` // Rossiya reformiruyushhayasya. 2023. # 21. S. 407-447.

2. Burdelova E.V., Ivashinenko D.M., Ivashinenko L.V. Mediko-psikhologicheskie faktory` razvitiya agressivnogo povedeniya // Vestnik novy'kh mediczinskih tekhnologij, e`lektronny`j zhurnal. 2017. # 2. S.285-288.

3. Diagnostika otklonyayushhegosya povedeniya. Vy`p. 1. Psikhologicheskaya diagnostika samopovrezhdayushhego i suiczidal'nogo povedeniya: uchebno-metodicheskoe posobie / N.A. Dobrovidova, M.Yu. Gorokhova, I.L. Matasova, E.N. Ustyuzhaninova, M.A. Shatalina. Samara: SF GAOU VO MGPU, 2022. 50 s.

4. Karandashev V.N. Metodika shvarcza v izuchenii czennostej lichnosti: konczepcziya i metodicheskoe rukovodstvo. SPb.: Rech`, 2004. 70 s.

5. Kelli Dzh.A. Teoriya lichnosti. SPb.: Rech`, 2000. 249 s.

6. Kovalev P.A. Vozrastno-polovy'e osobennosti otrazheniya v soznanii struktury` sobstvennoj agressivnosti i agressivnogo povedeniya: Diss. ... kand.psikhol.nauk. SPb., 1996. 161 s.

7. Masten E`.S., Distefano R. Nauka o zhiznesposobnosti i ee primenenie dlya pozitivnogo razvitiya detej // Zhiznesposobnost` cheloveka: individual`ny'e, professional`ny'e i soczial`ny'e aspekty` / otv. red. A.V. Makhnach, L.G. Dikaya. M.: IP RAN, 2016. S. 31-45.

8. Makhnach A.V. Issledovaniya zhiznesposobnosti cheloveka: osnovny'e podkhody` i modeli // Zhiznesposobnost` cheloveka: individual`ny'e, professional`ny'e i soczial`ny'e aspekty` / otv.red. A.V. Makhnach, L.G. Dikaya. M.: IP RAN, 2016. S. 46-71.

9. Metody` psikhologicheskoy diagnostiki agreszii i agresivnosti shkol`nikov: Uchebno-metodicheskoe posobie / sost. L.V. Shipova. Saratov, 2016. 56 s.
10. Oshchepkov A.A., Piskunova E.N. Osobennosti vzaimosvyazi zhiznesposobnosti i czennostny`kh orientaczij molodezhi, sklonnoj k deviantnomu povedeniyu v forme ustanovki na narushenie soczial`ny`kh norm // Vestnik vy`sšej shkoly` (alma mater). 2023. # 11. S. 31-38.
11. Razuvaeva T.N., Romanenko A.A., Saenko D.M. Trevozhnost` kak faktor vznoknoveniya suiczidal`nogo riska u podrostkov // Kollekcziya gumanitarny`kh issledovanij. E`lektronny`j nauchny`j zhurnal. 2018. # 2 (11). S. 59-65.
12. Bannister D., Fransella F. A grid test of schizophrenic thought disorder. British Journal of Social and Clinical Psychology. 1966. No.5, P. 95-102.
13. Bell R.C. The repertory grid technique // International handbook of personal construct psychology/ 2005. P. 95-103.
14. Glaveanu V.P., Tanggaard L. Creativity, identity, and representation: Towards a socio-cultural theory of creative identity // New Ideas in Psychology. 2014. No.34. P. 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2014.02.002>
15. Masten A.S. Global perspectives on resilience in children and youth // Child Development. 2014a. V.85. P. 6-20.
16. Schwarz S.H. Basic individual values: sources and consequences // Handbook of value. Oxford: UK, Oxford University press, 2015. 432p. – P. 42-52.

A.A. Oshchepkov

**THE INFLUENCE OF PERSONAL RESILIENCE ON REDUCING
THE LEVEL OF TENDENCY TO AGGRESSIVE AND AUTO-AGGRESSIVE
BEHAVIOR IN THE CONTEXT OF THE PROBLEM OF SUDDEN
ATTACKS BY STUDENTS ON THEIR PEERS AND TEACHERS
WITHIN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT
(ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE EMPIRICAL RESEARCH)**

Dimitrovgrad Engineering and Technology Institute – branch of the “National Research Nuclear University “MEPhI” (Dimitrovgrad).

Summary. An experimental study was conducted, the leading methods of which were social and psychological training and psychological methods for assessing the level of resilience, the importance of values, and the level of propensity for aggressive and self-aggressive behavior. The study sample consisted of 47 students aged 16-17. The experimental study revealed the dynamics of resilience, reflected in the integrated personality value system of adolescents, and influencing the level of propensity for aggressive and self-aggressive behavior in adolescents. This suggests the positive impact of socio-psychological interventions that utilize the development of personal resilience. Thus, the personal resilience of school-age adolescents can be a significant factor in reducing the risk of developing suppressed tendencies toward aggressive and self-aggressive behavior and, in this regard, reducing the risk of "shooting." The presented results can form the basis for the development of a psychological and pedagogical program for the prevention of sudden attacks by schoolchildren on their peers and teachers with weapons in the educational environment.

Keywords: destructive behavior, aggressive behavior, suicidal behavior, shooting, socio-psychological prevention of shooting, personal resilience.

Н.А. Шмойлова, В.В. Молотова

**ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ
ВОЗРАСТЕ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ
ФГКОУ «Барнаульский юридический институт МВД России», ФГБОУ
ВО «Алтайский государственный медицинский университет» (Барнаул).**

Резюме. В статье представлен комплексный теоретико-эмпирический анализ специфики самоактуализации как центрального процесса личностного становления в подростковом возрасте. На основе анализа современных отечественных и зарубежных исследований, а также данных авторского эмпирического исследования с использованием Самоактуализационного теста (САТ), выделены ключевые параметры самоактуализации, специфичные для подросткового периода. Делается вывод о том, что самоактуализация подростка носит становящийся, потенциальный и противоречивый характер, проявляясь в развитии ориентации на будущее при неустойчивом восприятии настоящего, в росте стремления к автономии при сохранении эмоциональной зависимости, в активизации креативности и познавательных потребностей, часто реализуемых вне формальной образовательной системы.

Ключевые слова: самоактуализация, самореализация, подростковый возраст, идентичность, личностный рост, рефлексия, ценностно-смысловая сфера, субъектность, психолого-педагогическое сопровождение, личностный потенциал.

Введение. В условиях динамичных социальных трансформаций и возрастающих требований к адаптивности и конкурентоспособности личности проблема сознательного построения жизненного пути и реализации внутреннего потенциала приобретает особую значимость. Понятие самоактуализации, введенное в научный оборот в рамках гуманистической психологии (А. Маслоу, К. Роджерс), описывает врожденное стремление человека к наиболее полному раскрытию своих способностей и талантов, к «становлению тем, кем он может стать» [8, 9]. В отечественной психологической традиции созвучные идеи развивались в контексте исследований субъектности, жизнестворчества, личностного самоопределения и смыслообразования (К.А. Абульханова-Славская, Д.А. Леонтьев, Л.И. Анцыферова) [1, 2, 7].

Особый интерес представляет изучение истоков и особенностей этого процесса в подростковом возрасте – периоде, который традиционно рассматривается как «второе рождение личности» (Л.С. Выготский), критическая фаза формирования самосознания и проектирования будущего [4]. Именно в этом возрасте закладываются основы жизненной позиции, системы ценностей и образа «Я», которые впоследствии будут определять траекторию самореализации взрослого человека. Однако противоречивая природа подросткового кризиса, сочетающая мощный импульс к самостоятельности с психологической неустойчивостью и зависимостью, делает процесс зарождения самоактуализационных тенденций особенно хрупким и требующим деликатной поддержки. Недос-

таточное внимание к этим процессам со стороны общества и институтов социализации может приводить к рискам девиантного поведения, экзистенциального вакуума, психологического неблагополучия и, в конечном счете, к нереализованности личностного потенциала [5].

Степень научной разработанности. Проблема самоактуализации является междисциплинарной и рассматривается на философском, социологическом и психологическом уровнях [7]. В психологии накоплен значительный объем исследований, посвященных феноменологии, структуре и коррелятам самоактуализации у взрослых [5, 8, 9, 15]. В меньшей степени изучена специфика этого феномена в различные возрастные периоды, особенно в отрочестве. Работы Л.И. Божович, Д.И. Фельдштейна, Л.С. Выготского заложили фундамент для понимания закономерностей личностного развития в подростковом возрасте [3, 4, 11]. Современные исследования все чаще обращаются к вопросам личностного потенциала, временной перспективы и самоопределения подростков [7, 10]. Однако комплексных работ, специально посвященных анализу самоактуализации как целостного процесса в контексте возрастной специфики подростничества, остается недостаточно. Существует противоречие между признанием важности поддержки личностного роста подростка и неразработанностью конкретных психологических моделей и технологий, направленных на развитие самоактуализационных тенденций с учетом их возрастной специфики [3].

Цель исследования – провести комплексный теоретико-эмпирический анализ психологических особенностей самоактуализации в подростковом возрасте и выявить условия, способствующие ее развитию.

Задачи исследования:

1. Проанализировать основные теоретико-методологические подходы к пониманию самоактуализации в психологии.
2. Охарактеризовать социально-психологическую специфику подросткового возраста как периода зарождения самоактуализационных тенденций.
3. На основе эмпирических данных выделить и описать специфические проявления компонентов самоактуализации у подростков.
4. Выявить ключевые внутренние противоречия процесса самоактуализации в отрочестве.
5. Определить психолого-педагогические условия и стратегии поддержки развития самоактуализации подростков.

Объект исследования – самоактуализация как психологический феномен.

Предмет исследования – особенности и условия развития самоактуализации в подростковом возрасте.

Гипотеза исследования: самоактуализация в подростковом возрасте представляет собой динамичный, противоречивый процесс становления, проявляющийся в специфическом сочетании развивающихся компонентов (ориентация на будущее, стремление к автономии, поиск идентичности) и возрастных ограничений (неустойчивая самооценка, зависимость от группы, ригидность образовательной среды). Ее успешное развитие детерминировано не только внутренними ресурсами личности, но и наличием поддерживающей, предоставляющей выбор и

признающей ценность личности социально-образовательной среды.

Теоретико-методологические основания исследования. Гуманистический подход: самоактуализация как вершина развития. В концепции А. Маслоу самоактуализация понимается как конечная цель развития человека, достижимая после удовлетворения базовых дефицитарных потребностей (физиологических, безопасности, принадлежности, уважения). Самоактуализирующаяся личность характеризуется адекватным восприятием реальности, принятием себя и других, автономией, свежестью восприятия, пиковыми переживаниями, общечеловеческой идентичностью и рядом других черт. Важно, что А. Маслоу относил феномен полной самоактуализации к зрелому возрасту, отмечая, что у молодых людей можно наблюдать лишь «предтечи» этого состояния – сильное стремление к росту, «синдром здоровья» [8]. К. Роджерс рассматривал самоактуализацию как тенденцию к актуализации врожденного потенциала, которая разворачивается в условиях эмпатии, безусловного положительного принятия и конгруэнтности во взаимоотношениях. Эти положения задают ценностный вектор для анализа подросткового развития: среда должна не формировать личность по шаблону, а создавать условия для раскрытия ее уникального потенциала [9].

Деятельностный и субъектный подходы в отечественной психологии. В рамках культурно-исторической и деятельностной парадигмы (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев) личность понимается как продукт и субъект общественных отношений, формирующийся в деятельности [4, 6]. Для подростка, согласно Д.Б. Эльконину, ведущей деятельностью становится интимно-личностное общение со сверстниками и общественно-полезная деятельность [12]. В процессе этой деятельности происходит не просто усвоение социальных норм, а активное «присвоение» культуры, выработка собственной жизненной позиции, что является сутью становления субъектности – способности быть причиной собственной жизни. Л.И. Анцыферова развивала идею личности как саморазвивающейся системы, подчеркивая, что самоактуализация связана со стремлением человека экстраполировать себя в будущее, выразить себя в значимой деятельности [2]. Д.А. Леонтьев рассматривает самоактуализацию через призму реализации личностного потенциала в процессе преодоления жизненных трудностей, связывая ее с осмысленностью жизни и свободой выбора [7].

Интегративный взгляд: самоактуализация в подростковом возрасте как становящаяся субъектность. Объединяя эти подходы, можно определить самоактуализацию подростка как активный, внутренне мотивированный процесс становления субъектности, направленный на поиск, опробование и интеграцию различных способов самореализации в ключевых сферах жизни (общение, познание, творчество, будущая профессия) с целью построения целостной, осмысленной и ответственной жизненной проекции [8].

Психологическая характеристика подросткового возраста как контекста самоактуализации. Подростковый возраст (пубертатный период, отрочество) традиционно датируется границами с 11-12 до 15-17 лет. Его основным содержанием является переход от детства к взрослости, что порождает комплекс специфических новообразований и противоречий.

Анатомо-физиологические изменения. Половое созревание, бурный физический рост, гормональная перестройка создают новое телесное «Я», к которому подростку необходимо адаптироваться. Это часто вызывает чувство психологического дискомфорта, неуклюжести, озабоченности внешностью, что может как стимулировать работу над собой (занятия спортом, уход за собой), так и становиться источником заниженной самооценки и неприятия себя.

В подростковом возрасте личность приобретает способность к дедуктивному мышлению, абстрактным логическим построениям, рефлексии. Подросток начинает мыслить о возможном, а не только о действительном, строить идеальные модели и критически оценивать окружающую действительность [2].

Чувство взрослости – центральное новообразование подросткового возраста. Это глубоко личное ощущение себя не ребенком, стремление к равноправию, самостоятельности, уважению со стороны взрослых. Однако объективная социальная и материальная зависимость создает острый конфликт между потребностью в автономии и реальными возможностями.

Открытие «Я». Подросток начинает интенсивно интересоваться своим внутренним миром, своими переживаниями, особенностями характера. Формируется рефлексия – способность обращать сознание на себя, на свои мысли и чувства.

Неустойчивость самооценки. «Я-концепция» подростка крайне динамична и сильно зависит от внешней оценки, особенно со стороны референтной группы сверстников. Характерны резкие колебания между переоценкой и недооценкой своих возможностей, болезненная реакция на критику.

Формирование идентичности (Э. Эриксон). Ведущей задачей возраста становится поиск ответа на вопросы «Кто я?», «Каково мое место в мире?», «Куда я иду?». Этот поиск осуществляется через активные пробы в разных сферах (профессиональные интересы, идеологические и религиозные взгляды, социальные роли в группе, гендерные модели поведения). Успешное разрешение кризиса идентичности ведет к обретению чувства самотождественности и перспективы, неуспешное – к ролевой диффузии и путанице [13].

Развитие ценностно-смысловой сферы. Происходит активный пересмотр и критическое осмысление ценностей, усвоенных в детстве. Подросток ищет собственные смыслы, которые придадут значимость его жизни и деятельности. Это процесс часто сопровождается конфликтами с родителями, отрицанием общепринятых норм, увлечением субкультурами. Формируется личностное мировоззрение как система обобщенных представлений о мире и своем месте в нем.

Общение как ведущая деятельность. Общение со сверстниками выходит на первый план, выполняя уникальные функции: оно является каналом для получения информации, недоступной от взрослых; средством самопознания через сравнение себя с другими; психологической поддержкой в ситуации кризиса; практикой отработки навыков социального взаимодействия на равных. Группа сверстников становится мощным источником норм, ценностей и оценки.

Таким образом, подростковый возраст создает уникальный, хотя и внутренне конфликтный «плацдарм» для самоактуализации: мощный импульс к росту, самостоятельности и поиску себя сталкивается с психофизиологической

неустойчивостью, социальной зависимостью и отсутствием жизненного опыта. Задача развития заключается не в устранении этого конфликта, а в его продуктивном разрешении через деятельность и общение [7].

Материал и методика. Для эмпирической верификации теоретических положений было проведено исследование с участием 182 подростков в возрасте 15-17 лет, учащихся 10-11 классов общеобразовательных школ г. Барнаула. Основным диагностическим инструментом послужил Самоактуализационный тест (САТ), адаптированный Л.Я. Гозманом, М.В. Кроз, М.В. Латинской [5].

Результаты и их обсуждение. Анализ данных, полученных по результатам самоактуализационного теста, позволил выявить характерный для современного подростка черты самоактуализации.

По шкале «Ориентация во времени» высокие результаты выявлены у 43,4% респондентов. Данный показатель интерпретируется как способность к целостному восприятию временной перспективы – проживанию настоящего в неразрывной связи с прошлым и будущим, а также как склонность к целеполаганию и планированию жизненного пути. Низкие значения зафиксированы у 15,4% подростков, что свидетельствует о затруднениях в ценностном отношении к актуальному моменту и в построении реалистичных жизненных планов. Средний уровень (41,2%) отражает незавершенность формирования указанной способности у большинства обследованных.

По шкале «Опора» преобладают средние (41,8%) и высокие (45,1%) значения. Внешне это указывает на доминирование внутренней регуляции поведения, ориентацию на собственные мотивы и убеждения при относительной независимости от внешнего давления. Однако качественный анализ ответов позволяет уточнить, что демонстрируемая автономия нередко носит внешне протестный характер и сохраняет эмоциональную зависимость от референтной группы, что снижает диагностическую ценность формально высоких показателей по данной шкале.

По шкале «Ценностные ориентации» установлено, что около 70% подростков демонстрируют средний уровень, что соответствует возрастной норме и отражает активный, но незавершенный процесс формирования собственной ценностно-смысловой сферы [8]. Низкие значения зафиксированы лишь у незначительной части выборки.

Наиболее противоречивые результаты получены по шкалам «Самоуважение» и «Самопринятие». Высокий уровень самопринятия выявлен у 38,4% респондентов; средний уровень (около 47%) указывает на ситуативное, частичное принятие себя. Сходное распределение наблюдается и по шкале самоуважения. В совокупности эти данные подтверждают представление о неустойчивой, конфликтной структуре Я-концепции в подростковом возрасте, отличающейся значительной зависимостью от внешней оценочной обратной связи.

По шкале Креативности высокие значения зафиксированы у 39% респондентов, что свидетельствует об имеющемся творческом потенциале у значительной части выборки. Высокие показатели по шкалам Спонтанности (45,1%) и Сенситивности (45,1%) отражают способность к непосредственному эмоциональному реагированию и развитую рефлексивность собственных переживаний.

Вместе с тем по шкале «Гибкость поведения» у 22% подростков выявлены низкие значения, что указывает на ригидность, склонность к стереотипным действиям, особенно в стрессовых ситуациях или в условиях внешнего давления. Таким образом, при наличии выраженного творческого и эмоционального потенциала у значительной части подростков наблюдается снижение поведенческой пластичности в фрустрирующих обстоятельствах.

Познавательные потребности и Контактность. Результаты по шкале познавательных потребностей оказались тревожными: лишь 38,7% показали высокий уровень любознательности и стремления к знаниям. Преобладал средний уровень. Это может указывать на то, что формальная система не всегда стимулирует внутреннюю познавательную мотивацию, связанную с личностным ростом. В то же время, по шкале контактности 43,4% подростков продемонстрировали высокую способность к установлению глубоких, эмоционально насыщенных отношений, что подтверждает важность общения как ведущей деятельности. Таким образом, подлинные познавательные интересы, движимые самоактуализацией, часто развиваются вне учебного контекста, в то время как общение остается главным ресурсом и полем для самораскрытия.

На основе теоретического анализа и эмпирических данных можно выделить следующие ключевые внутренние противоречия, определяющие динамику самоактуализации в подростковом возрасте:

1. Противоречие между потребностью в автономии (самостоятельности) и сохраняющейся психологической и материальной зависимостью от родителей и общества. Это базовый конфликт возраста, который может разрешаться как через конструктивное сотрудничество и постепенное делегирование ответственности, так и через деструктивный бунт и уход из-под контроля.

2. Противоречие между формирующимся идеальным «Я» (каким я хочу быть) и реальным «Я» (какой я есть сейчас), между завышенными притязаниями и объективными возможностями. Это противоречие является источником как мотивации к самосовершенствованию, так и болезненных переживаний неполноценности.

3. Противоречие между стремлением к уникальности, самобытности («быть не как все») и мощной потребностью в принадлежности к группе, в конформности («быть как все»). Самоактуализация предполагает *courage to be different* (смелость быть другим), но для подростка разрыв с группой равных часто равносителен социальной смерти.

4. Противоречие между интенсивным развитием абстрактного мышления, способности к рефлексии и недостатком жизненного опыта для адекватного оценивания ситуаций и последствий своих поступков. Это приводит к частым ошибкам, разочарованиям, но также является двигателем познания себя и мира.

5. Противоречие между пробуждающимися познавательными и творческими потребностями, поиском смысла – и часто ригидной, формализованной, не отвечающей этим запросам образовательной средой. Это может приводить к потере учебной мотивации и поиску альтернативных, не всегда конструктивных, путей самореализации.

Развитие самоактуализационных тенденций не происходит автоматически. Оно требует целенаправленного создания поддерживающей среды. На основе проведенного анализа предлагается следующая система условий:

1. Создание пространства для осмысленного выбора и принятия ответственности.

Введение в образовательный процесс элементов проектной деятельности, где подросток самостоятельно ставит цели, ищет ресурсы и отвечает за результат.

Предоставление возможностей для вариативности в обучении (курсы по выбору, элективы, индивидуальные образовательные маршруты).

Вовлечение подростков в реальное социальное проектирование и волонтерство, где они могут увидеть tangible results (осязаемые результаты) своих усилий и ощутить свою значимость.

2. Формирование диалогической, принимающей коммуникативной среды.

Переход педагогов и родителей от монологической, авторитарной модели общения к диалогической, основанной на взаимном уважении, эмпатии и технике активного слушания.

Практика безусловного позитивного принятия (К. Роджерс): разделение личности подростка и его поступков, критика действий, а не его самого.

Организация групповых дискуссий, дебатов, тренингов личностного роста, где в безопасной обстановке обсуждать ценности, смыслы, страхи и стремления.

3. Содействие развитию рефлексии и самопознания.

Внедрение в практику школ тьюторского сопровождения, направленного на помощь подростку в осознании своих интересов, способностей и построении индивидуальной образовательной траектории.

Поощрение ведения дневников, автобиографических записей, создания «карт интересов» и «линий жизни».

Использование методов арт-терапии, психодрамы, метафорических карт для выражения и осмысления внутреннего опыта.

4. Стимулирование познавательной активности и творчества.

Смещение акцента с оценочной системы на содержательную обратную связь, поддерживающую интерес и любознательность.

Создание в школе и за ее пределами разнообразных творческих лабораторий, научных сообществ, IT-клубов, художественных студий, где подросток может экспериментировать без страха получить плохую оценку.

Интеграция формального и неформального образования (экскурсии, встречи с профессионалами из разных сфер, образовательный туризм).

5. Поддержка позитивного самоотношения и телесного «Я».

Проведение тренингов ассертивности, уверенного поведения, стрессоустойчивости.

Образовательные программы, направленные на формирование здорового образа жизни, позитивного body image (образа тела), преодоление токсичных стандартов красоты.

Психологическое консультирование, помогающее подростку понять и принять свои особенности, справиться с чувством стыда или неполноценности.

Заключение и выводы.

1. Самоактуализация в подростковом возрасте представляет собой не состояние, а специфический процесс становления личностной субъектности. Это период зарождения, кристаллизации и первоначальной апробации основных векторов личностного роста. Ее специфика обусловлена ключевыми новообразованиями возраста: развитием рефлексии, формированием идентичности, становлением ценностно-смысловой сферы и острой потребностью в автономии.

2. Эмпирически выявленный профиль самоактуализации современного подростка характеризуется противоречивым сочетанием развивающихся потенциалов и возрастных ограничений: выраженное стремление к автономии при эмоциональной зависимости; активный поиск ценностей при неустойчивой «Я-концепции»; высокий творческий и эмоциональный потенциал при ригидности поведения в стрессовых ситуациях; потребность в глубоком общении при нередко сниженной внутренней познавательной мотивации в рамках формального образования.

3. Процесс самоактуализации подростка пронизан внутренними противоречиями (автономия vs зависимость, уникальность vs конформность, идеальное «Я» vs реальное «Я»), которые, будучи правильно поняты и направлены, становятся источником развития, а при игнорировании или подавлении – причиной кризисов и девиаций.

4. Успешное развитие самоактуализационных тенденций у подростка является результатом взаимодействия внутренних ресурсов личности и внешней поддерживающей среды. Критически важными условиями выступают: пространство для осмысленного выбора и ответственности; диалогический, принимающий характер общения со значимыми взрослыми; возможности для рефлексии и самопознания; стимулирование внутренней познавательной и творческой активности; поддержка формирования позитивного самоотношения.

Перспективы дальнейших исследований видятся в изучении долгосрочного влияния различных стилей семейного воспитания и педагогического взаимодействия на динамику самоактуализации; в разработке и валидации конкретных психолого-педагогических программ и тренингов, направленных на развитие отдельных компонентов самоактуализации у подростков; в проведении лонгитудных исследований, позволяющих проследить траектории от подростковых самоактуализационных тенденций к формам самореализации в ранней и средней взрослости.

Понимание особенностей самоактуализации в подростковом возрасте позволяет перейти от декларации ценности личностного роста к построению конкретных, научно обоснованных практик сопровождения, которые помогут молодому человеку не потеряться в мире возможностей, а обрести внутренний стержень и смелость стать автором своей уникальной и осмысленной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299 с.
2. Анцыферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности. М.: Изд-во МГУ, 1981. С. 3-18.
3. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Избранные психоло-

гические труды / Под ред. Д.И. Фельдштейна. М.: Изд-во «Ин-т практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. 352 с.

4. Выготский Л.С. Педология подростка // Собр. соч.: Т. 4. М.: Педагогика, 1984. С. 5-242.

5. Гозман Л.Я., Кроз М.В., Латинская М.В. Самоактуализационный тест. М.: «Рос. пед. агентство», 1995. 44 с.

6. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1977. 304 с.

7. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. 487 с.

8. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2008. 352 с.

9. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1994. 480 с.

10. Толстых Н.Н., Пядухова К.В., Сенин П.С. Неопределенность как мера эффективного функционирования информационно-управляющей системы в условиях конфликта // Радиолокация, навигация, связь : Сб. трудов XXVI Международной науч.-техн. конф. : в 6 т., Воронеж, 29 сентября 01 2020 г. Т. 1. Воронеж: Издательский дом ВГУ, 2020. С. 282-286.

11. Фельдштейн Д.И. Психология взросления: структурно-содержательные характеристики процесса развития личности: Избранные труды. М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 1999. 672 с.

12. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1989. 560 с.

13. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ. М.: Флинта, МПСИ, Прогресс, 2006. 352 с.

14. Шмойлова Н.А., Каширский Д.В. Психологические особенности ценностного отношения к здоровью личности с разным уровнем самоактуализации // Психолог, 2019. № 3. С. 10-20.

15. Шостром Э. Анти-Карнеги, или Человек-манипулятор / Пер. с англ. Минск: ТПЦ «Полифакт», 1992. 128 с.

REFERENCES

1. Abul`khanova-Slavskaya K.A. Strategiya zhizni. M.: My`sl`, 1991. 299 s.

2. Anczy`ferova L.I. K psikhologii lichnosti kak razvivayushhejsya sistemy` // Psikhologiya formirovaniya i razvitiya lichnosti. M.: Izd-vo MGU, 1981. S. 3-18.

3. Bozhovich L.I. Problemy` formirovaniya lichnosti: Izbranny`e psikhologicheskie trudy` / Pod red. D.I. Fel`dshtejna. M.: Izd-vo «In-t prakticheskoy psikhologii»; Voronezh: NPO «MODE`K», 1995. 352 s.

4. Vy`gotskij L.S. Pedologiya podrostka // Sobr. soch.: T. 4. M.: Pedagogika, 1984. S. 5-242.

5. Gozman L.Ya., Kroz M.V., Latinskaya M.V. Samoaktualizaczionny`j test. M.: «Ros. ped. agentstvo», 1995. 44 s.

6. Leont`ev A.N. Deyatel`nost`. Soznanie. Lichnost`. M.: Politizdat, 1977. 304 s.

7. Leont`ev D.A. Psikhologiya smy`sla: priroda, stroenie i dinamika smy`slivoj

real`nosti. M.: Smy`sl, 2003. 487 s.

8. Maslou A. Motivacziya i lichnost`. 3-e izd. / Per. s angl. SPb.: Piter, 2008. 352 s.

9. Rodzhers K. Vzgl'yad na psikhoterapiyu. Stanovlenie cheloveka / Per. s angl. M.: Progress, 1994. 480 s.

10. Tolsty`kh N.N., Pyadukhova K.V., Senin P.S. Neopredelennost` kak mera e`ffektivnogo funkczionirovaniya informaczionno-upravlyayushhej sistemy` v usloviyakh konflikta // Radiolokacziya, navigacziya, svyaz` : Sb. trudov XXVI Mezhdunarodnoj nauch.-tekhn. konf. : v 6 t., Voronezh, 29 sentyabrya 01 2020 g. T. 1. Voronezh: Izdatel'skij dom VGU, 2020. S. 282-286.

11. Fel`dshtejn D.I. Psikhologiya vzrosleniya: strukturno-soderzhatel'ny'e kharakteristiki proczessa razvitiya lichnosti: Izbranny'e trudy`. M.: Moskovskij psikhologo-soczial'ny`j institut: Flinta, 1999. 672 s.

12. E`l'konin D.B. Izbranny'e psikhologicheskie trudy`. M.: Pedagogika, 1989. 560 s.

13. E`rikson E`. Identichnost`: yunost` i krizis / Per. s angl. M.: Flinta, MPSI, Progress, 2006. 352 s.

14. Shmojlova N.A., Kashirskij D.V. Psikhologicheskie osobennosti czennostnogo otnosheniya k zdorov`yu lichnosti s razny`m urovnem samoaktualizaczii // Psikholog, 2019. # 3. S. 10-20.

15. Shostrom E`. Anti-Karnegi, ili Chelovek-manipulyator / Per. s angl. Minsk: TPCz «Polifakt», 1992. 128 s.

N.A. Shmoilova, V.V. Molotova

CHARACTERISTICS OF SELF-ACTUALIZATION IN ADOLESCENCE: PSYCHOLOGICAL ANALYSIS AND DEVELOPMENTAL CONDITIONS

Barnaul Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia, Altai State Medical University (Barnaul).

Abstract. This article presents a comprehensive theoretical and empirical analysis of the specifics of self-actualization as a central process of personal development during adolescence. Based on an analysis of contemporary domestic and international research, as well as data from the author's empirical study using the Computational Self-Actualization Test (CAT), key parameters of self-actualization specific to adolescence are identified. It is concluded that adolescent self-actualization is nascent, potential, and contradictory, manifesting itself in the development of a future-oriented approach alongside an unstable perception of the present, a growing desire for autonomy while maintaining emotional dependence, and the activation of creativity and cognitive needs, often realized outside the formal educational system.

Keywords: self-actualization, self-realization, adolescence, identity, personal growth, reflection, value-semantic sphere, subjectivity, psychological and pedagogical support, personal potential.

УДК 616.89; 616.8-07

Т.Р. Садыков, Т.П. Ключник, М.А.Омельченко, Г.В. Ларионов,
В.О. Генералов

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦИРКУМЦИИ
КАК ТРИГГЕРА МАНИФЕСТАЦИИ СИМПТОМОВ
РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
ООО «МедЛайн», Клиника сложного диагноза «ПланетаМед» (Москва).**

Резюме. Представлен случай расстройства аутистического спектра (РАС), сформировавшегося у ребенка после периода нормального нейropsychического развития. Прослеживается связь между проведением операции ритуального обреза (циркумцизии) и манифестацией симптомов РАС. Обсуждаются механизмы триггерного действия боли и стресса, связанных с операцией, на фоне имеющегося хронического воспаления после перенесенного тяжелого энтероколита. На момент обследования ребенка выявляются маркеры нейровоспаления. Предлагается считать фактором риска развития РАС не только острое, но и хроническое воспаление, и учитывать его в клинике при проведении плановых оперативных вмешательств.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, регрессивный аутизм, хроническое воспаление, нейровоспаление, циркумцизия.

Введение. Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу нарушений развития, в первую очередь, связанных с дефицитом социального взаимодействия, включая невербальное коммуникативное поведение, поддержание и понимание отношений, а также с ограниченными, повторяющимися моделями поведения, интересов и видов деятельности – стереотипиями.

В некоторых случаях раннее развитие ребенка соответствует общепринятой норме, а затем, без видимой причины или после соматической/психологической провокации происходит потеря ранее приобретенных навыков. Такой вариант манифестации симптомов аутизма (т. н. регрессивный аутизм) встречается приблизительно у трети детей с РАС [3].

С исследовательской точки зрения случаи регрессивного аутизма представляют особенный интерес для установления патогенетических и триггерных механизмов развития патологического состояния. Установление биологической основы и процессов влияния на нее провоцирующих факторов обладают большим потенциалом в отношении разработки эффективных методов профилактики и лечения РАС.

Риск развития регрессивного аутизма связан с генетической предрасположенностью, патологией течения беременности и родов, аутоиммунными заболеваниями матери, а также воспалительными процессами у ребенка, которые можно рассматривать в качестве триггеров, запускающих механизм формирования симптомов РАС [1;8;7].

В литературе приводятся единичные данные о связи ритуального обрезания мальчиков (циркумцизии) с развитием РАС[5]. Авторы указывают на достоверное повышение риска аутизма в 1,46 раз до 10 лет и 2,06 раза до 5 лет при проведении этой операции. В исследовании предположена ведущая роль боли и стресса в последующем формировании нарушений нейроразвития. Однако патогенетические механизмы такого биологического процесса не обсуждаются.

Целью анализа настоящего клинического случая является описание этапов развития ребенка до манифестации РАС и времени появления регресса в нейроразвитии в связи с проведением операции циркумцизии, а также предположение патогенетического механизма действия этого триггерного фактора.

Клинический случай. Пациент К., 8 лет. Данных о наследственной отягощенности нет. Ребенок от естественной беременности, протекавшей с угрозой прерывания во 2 триместре, по поводу чего мать принимала прогестерон. Роды самостоятельные, естественные на 41 неделе. Вес при рождении 3600 грамм, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. Выписан из роддома на 7 день по материнским показаниям.

Раннее моторное развитие соответствовало возрастной норме: в 5 месяцев начал переворачиваться, в 6 месяцев сидеть, в 7 месяцев ползать. В 10 месяцев начал ходить с поддержкой, в 12 месяцев – самостоятельно.

Находился на грудном вскармливании до 1 года 2 месяцев. Прикорм вводился по календарю. Аллергические реакции при введении прикорма не отмечались.

В 10 мес. перенес энтероколит, в связи с чем был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Потери навыков и изменения поведения не было. После перенесенной кишечной инфекции у пациента была выявлена анемия, в связи с чем получал препараты железа, на фоне чего уровень гемоглобина повысился до нижней границы нормы.

Вакцинация в 12 месяцев проводилась в соответствии с установленным календарём, значимых изменений состояния после процедуры не отмечалось.

К 1 году 1 мес. был активным, интересовался окружающими, радовался родным, отмечался устойчивый зрительный контакт. Игровая деятельность была сформирована в соответствии с возрастной нормой. Также ребенок произносил адресовано слоги для выражения собственных желаний.

В 1 год 1 мес. по религиозным соображениям было проведено обрезание лазером с применением местной анестезии препаратом лидокаина. Через неделю после проведенной операции появились первые стереотипные движения в виде постоянного вращения колес игрушечной машины, раскручивания других предметов. Также появился навязчивый интерес к любым вращающимся предметам: мог часами наблюдать за колесами проезжавших машин, работающим барабаном стиральной машины. В течение следующего месяца отмечено исчезновение зрительного контакта, реакции на обращенную речь, имя. Замкнулся в себе, перестал интересоваться окружающими, полностью пропала игровая деятельность. Также появилась выраженная избирательность в еде. В 1 год 6 мес. перенес кандидозный стоматит с обильными высыпания в полости рта и ротоглотке. На этом фоне отмечено усиление проявлений пищевой избирательности.

В возрасте 2 года 10 мес. проведена ревакцинация АКДС. В день вакцинации зарегистрировано появление фебрильной температуры тела, сохранявшейся в течение 3 дней, локального отёка бедра, на фоне чего в течение 1 месяца отмечалась хромота. В этот период отмечено появление стереотипных движений в виде раскачивания туловищем. Данные движения в значительной мере усиливались после употребления коровьего молока и пшеничной выпечки. После употребления молочных продуктов ребенок становился загруженным, фиксировался на собственных стереотипных движениях. Тогда же появились выраженные нарушения сна: не засыпал в течении 3-4 часов, требовалось постоянное укачивание. Сон наступал в 3 часа ночи, в период сна отмечалась повышенная двигательная активность. Дневной сон редуцировался полностью. С 2 лет 10 мес. периодически появлялся частый разжиженный стул, включавший непереваренные фрагменты пищи. По решению родителей симптоматически принимал пищеварительные ферменты с положительным эффектом.

В 3,5 года была попытка отдать в детский сад, с детьми не контактировал, игнорировал просьбы и инструкции воспитателей. Далее воспитывался дома.

В 4 года после перенесенной травмы головы, не сопровождавшейся потерей сознания, но осложнившейся поверхностным повреждением мягких тканей волосистой части головы, ребенок стал очень беспокойным, усилились нарушения сна и аппетита.

По направлению педиатра был проконсультирован психиатром, выставлен диагноз «Расстройство аутистического спектра». Курсами назначались ноотропные препараты без отчетливого эффекта. Последующее применение безглютеновой, безказеиновой диеты связано с некоторой стабилизацией состояния, появились отдельные адресованные слова, уменьшилась выраженность навязчивых движений, появились реакции на обращенную речь в виде выполнения простых просьб.

В возрасте 7 лет ребенок перенес развод родителей и уход отца из дома. После этого стал тревожным, вновь ухудшилось засыпание, сон стал беспокойным, усилились двигательные стереотипии. Спустя несколько месяцев семья воссоединилась, но тревожность и выраженное нарушение сна сохраняются. В возрасте 8 лет для решения вопроса выбора программы для обучения в школе родители обратились к психиатру.

Психическое состояние на момент наблюдения. Рост 125 см, вес 23,5 кг. На приеме поведение полевое. Бесцельно перемещается по кабинету, на обращенную речь не реагирует, в зрительный контакт не вступает, инструкции не выполняет. На непродолжительное время проявляет интерес к игрушкам. Выявляются стереотипные движения: перебирание пальцами рук перед глазами, бег из стороны в сторону, повтор слов, эхолалия, самоповреждающее поведение (причинение себе микротравм на коже вокруг ногтей).

Со слов родителей, в спокойной домашней обстановке периодически произносит отдельные слова, обращенные простые фразы для получения желаемого. Самостоятельно в диалог не вступает. Обращенную речь понимает на бытовом уровне. Когнитивные навыки: знает некоторые буквы, цифры, мо-

жет прочесть короткое слово (со слов родителей). Контактирует только с братом, играет с ним в простые игры. Других детей игнорирует. Навыков сюжетно-ролевой игры нет, игровая деятельность в виде катания машинки. Сон нарушен частыми пробуждениями.

Соматически – по органам и системам без явной патологии (по результатам диспансерного обследования в поликлинике по месту жительства). Родители отмечают диспептические проявления (отрыжка после приема пищи). Стул регулярный, оформленный. Отмечается сухость кожных покровов, лейконихии, ночная потливость.

По данным электроэнцефалографии эпилептическая активность не регистрируется. Рутинные клинический, биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ без патологии.

С согласия родителей проведено расширенное обследование, в результате которого выявлено повышение уровня белка S100 0,201 нг/мл, нейронспецифической енолазы 18,8 нг/мл. В анализе мочи на органические кислоты выявлено увеличение уровня пирувата, изоцитрата, альфа-кетоглутарата. Увеличены показатели маркеров бактериального роста в кишечнике (гиппуровая, бензойная, трикарбиловая кислоты), грибкового роста (кофейная кислота), нейровоспаления (хинолиновая кислота), гипераммониемии (фумаровая кислота), дефицита витаминов группы В (малоновая, себациновая кислоты), нарушения детоксикации в печени (2-гидроксимасляная кислота).

Обсуждение. При анализе развития ребенка установлено, что до 1 года и 1 мес. моторное и психическое развитие соответствовало возрастным нормам. Перенесенный в 10 мес. тяжелый энтероколит не вызвал отклонений в нейроразвитии. Последующая плановая вакцинация через 2 мес., вероятно, послужила фактором поддержания иммунных сдвигов после энтероколита.

Проведенная еще через 1 мес. циркумцизия явилась стрессовым триггером в манифестации первых симптомов РАС: через неделю после операции сформировались отчетливые двигательные стереотипии, а через месяц родители отметили регресс приобретенных психомоторных навыков. Дальнейшие воспалительные провоцирующие факторы (кандидозный стоматит, гипертермическая реакция с местным отеком после ревакцинации АКДС) приводили к увеличению степени выраженности стереотипий и их усложнению. Следует отметить наличие признаков пищевой непереносимости с нарушением переваривания пищи и проявлений усиления поведенческих расстройств после приема ряда продуктов, а также некоторую положительную динамику состояния при их исключении. Травма головы с появлением отчетливого беспокойства послужила причиной первичного обращения к психиатру, при обследовании выставлен диагноз РАС. В последующем наблюдалось присоединение отчетливых тревожных симптомов на фоне конфликта между родителями, проявления которых сохраняются даже после разрешения ситуации.

Данные расширенного лабораторного обследования позволяют предположить наличие системного воспаления, хронического нейровоспаления и дисфункции гематоэнцефалического барьера (повышение концентрации нейроспе-

цифических белков – белка S100B и нейронспецифической енолазы[2]. Системное воспаление косвенно подтверждают изменения концентрации органических кислот мочи, которые свидетельствуют о гиперкатаболическом синдроме, сопровождающемся вторичной митохондриальной дисфункцией с нарушением цикла Кребса, активацией компенсаторных путей обеспечения энергосубстратами, риском ингибирования кетогенеза и нарушением бета-окисления [6]. Маркеры избыточного бактериального и грибкового роста и усиление II фазы печёночной детоксикации указывают на нарушения кишечной микробиоты, которая ассоциирована с хроническим воспалением [4]. Также с этим можно связать гиповитаминоз группы В, причиной которого, видимо, является не алиментарный дефицит, а нарушение всасывания.

О наличии хронического системного воспаления свидетельствуют такие клинические знаки, как сухость кожных покровов, лейконихии и ночная потливость. Следует отметить, что рутинные анализы крови и клиническое обследование по органам и системам не выявили каких-либо аномалий, что не позволяет ограничиваться только этими исследованиями для верификации длительно текущего воспалительного процесса.

Можно предположить, что в данном клиническом случае триггерное действие циркумцизии после недавно перенесенного энтероколита с системным воспалением и последующей вакцинацией привело к стрессовой активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, повышению синтеза провоспалительных цитокинов, «прорыву» гематоэнцефалического барьера и формированию нейровоспаления, которое клинически манифестировало симптомами РАС.

Заключение. В последние годы на фоне повышения внимания к роли нейровоспаления в патогенезе психических расстройств, включая РАС, актуальным становится поиск ключевых патогенетических механизмов, проводящих к манифестации клинических проявлений. В этой связи необходимо проведение массивных клинических исследований по изучению условий появления первых симптомов РАС, дальнейшей их динамики с определением провоцирующих и протективных факторов. Однако уже сейчас в клинической практике необходимо придерживаться щадящих терапевтических стратегий с проведением плановых оперативных манипуляций на фоне отсутствия признаков не только острого, но и хронического системного воспаления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брусов О.С., Ключник Т.П., Зозуля С.А., Карпова Н.С., Шилов Ю.Е., Никитина С.Г., Симашкова Н.В. Парные и частные корреляционные связи иммунных показателей нейроиммунотеста и коагуляционных параметров тромбодинамики у больных детским аутизмом // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122. № 9. Вып. 2. С. 68–73.

REFERENCES

1. Brusov O.S., Klyushnik T.P., Zozulya S.A., Karpova N.S., Shilov Yu.E., Nikitina S.G., Simashkova N.V. Parny'e i chastny'e korrelyaczionny'e svyazi immunny'kh pokazatelej nejroimmunotesta i koagulyaczionny'kh parametrov trombodnamiki u bol'ny'kh detskim autizmom // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S.

Korsakova. 2022. T. 122. # 9. Vy`p. 2. S. 68–73.

2. Ayaydin H, Kirit A, Çelik H, Akaltun İ, Koyuncu İ, Bilgen Ulgar Ş. High serum levels of S100 beta protein, neuron-specific enolase, tau, active caspase-3, M30 and M65 in children with autism spectrum disorders // Clin Psychopharmacol Neurosci. 2020;18(2):270-278. <https://doi.org/10.9758/cpn.2020.18.2.270>

3. Barger BD, Campbell JM, McDonough JD. Prevalence and onset of regression within autism spectrum disorders: a meta-analytic review. J Autism Dev Disord // 2013;43(4):817-828. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1621-x>

4. Bostick JW, Schonhoff AM, Mazmanian SK. Gut microbiome-mediated regulation of neuroinflammation // Curr Opin Immunol. 2022 Jun;76:102177. doi: 10.1016/j.coi.2022.102177

5. Frisch M, Simonsen J. Ritual circumcision and risk of autism spectrum disorder in 0- to 9-year-old boys: national cohort study in Denmark // J R Soc Med. 2015;108(7):266-279. <https://doi.org/10.1177/0141076814565942>

6. Generalov, V.O., Klushnik, T.P., Obodzinskaya, T.E. et al. The Relationship of Inflammation with Energetic Metabolism and Mitochondrial Dysfunction in Autistic Spectrum Disorders. // Neurochem. J. 19, 206–216 (2025). <https://doi.org/10.1134/S1819712425700242>

7. Lee IC, Wang YH, Chiou JY, Wei JC. Perinatal factors in newborn are insidious risk factors for childhood autism spectrum disorders: a population-based study // J Autism Dev Disord. 2022;52(1):52-60. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04921-0>

8. Tamouza R, Fernell E, Eriksson MA, Anderlid BM, Manier C, Mariaselvam CM, Boukouaci W, Leboyer M, Gillberg C. HLA polymorphism in regressive and non-regressive autism: a preliminary study // Autism Res. 2020;13(2):182-186. <https://doi.org/10.1002/aur.2217>

T.R. Sadykov, T.P. Klyushnik, M.A. Omelchenko, G.V. Larionov, V.O. Generalov
A CLINICAL CASE OF CIRCUMCISION AS A TRIGGER
FOR THE MANIFESTATION OF SYMPTOMS
OF AUTISM SPECTRUM DISORDER

MedLine LLC, PlanetMed Complex Diagnosis Clinic (Moscow).

Summary. The case of autism spectrum disorder (ASD) formed in a child after a period of normal neuropsychic development is presented. The connection between the performance of the ritual circumcision and the manifestation of ASD symptoms is traced. The mechanisms of the trigger effect of pain and stress associated with the operation against the background of the existing chronic inflammation after the severe enterocolitis are discussed. At the time of the child's examination, markers of neuroinflammation are revealed. It is proposed to consider acute and chronic inflammation as a risk factor for the development of ASD, and to take it into account in the clinic during planned surgical interventions.

Keywords: autism spectrum disorders, regressive autism, chronic inflammation, neuroinflammation, circumcision.

**ЗНАЧИМОСТЬ ПРОСВЕЩЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В ВОПРОСАХ ПОНИМАНИЯ СМЕРТИ И ПРОЖИВАНИЯ ГОРЯ
В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕМИРОВОГО
СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА**

Психолог (Москва), приглашенный эксперт, менеджер международных проектов образовательной организации WFS Bildungs gUG (Берлин).

Резюме. Статья поднимает не простой, часто табуированный обществом вопрос обсуждения такого явления, как смерть, с детьми и подростками. Тема смерти рассматривается в контексте современного общемирового социокультурного пространства с приведением международных примеров просвещения детей и подростков, общества в целом по вопросам понимания смерти, культуры умирания, проживания горя и сопереживания. Подчеркивается роль хосписов и госпитальных школ в поднятии темы смерти в общественном пространстве, а также активность социума в поддержке тяжелобольных и умирающих, приобщения к данной теме детей. Актуализируется значимость обсуждения темы смерти для формирования устойчивой психики детей и подростков.

Ключевые слова: детская и подростковая психология, смерть, культура умирания, горе, горевание, психологическая служба, хоспис, госпитальная педагогика, эмпатия, культурные традиции, эмоциональный интеллект, социальный интеллект, инклюзия, толерантность, международный опыт.

Тема смерти в современном социокультурном пространстве. Тема смерти в разных социокультурных пространствах включает представления о смерти в философии, религии, культуре и медицине. Восприятие смерти может отличаться в зависимости от мировоззрения, традиций и культурных особенностей.

За последние столетия современная культура утратила определенные знания, умения и отношения в вопросах смерти, которые ранее были известны детям раннего возраста [9]. Если рассматривать современные государства со стабильным экономическим положением и высоким уровнем жизни и образования населения, то чаще тема смерти в них если не совсем табуирована, то не популярна, то есть и не замалчивается, но и недостаточно проговаривается. Современная культура призывает человека жить здесь и сейчас, а мысль о смерти вырывает человека из круговерти получения различных благ. Но хорошо ли это? И что произойдет с психикой в момент столкновения с этим явлением, если все время избегать проговаривания данной темы. Постоянное отгораживание от самой мысли о смерти и избегание разговоров о ней формируют инфантильную позицию, и в случае столкновения со смертью человек оказывается не способным адекватно отреагировать (на себя, на окружающих, на само явление) и активно воспринять ситуацию.

Как отражается непопулярность темы смерти в российском социальном и образовательном пространствах на детях и подростках

Широкого распространения такой не простой, но крайне важной темы, как смерть, а точнее бесед о ней с детьми и подростками, в российской социальной и образовательной сфере на сегодняшний день нет. Именно поднимания темы восприятия, осознания такого явления, как смерть, в частности, столкновения со смертью, понимания себя в данной ситуации и вопроса проявления своих чувств к происходящему; реалистичного, бережного отношения (а не испуганно отстранённого) к данному явлению – такой работы с детьми и подростками широко не проводится.

Во многом это связано с культурными особенностями и культурным многообразием России, разнообразием религиозных конфессий и традиций, чаще всего очень закрыто и консервативно архаично касающихся темы смерти. Несмотря на то что Россия является светским государством, тем не менее социальные и образовательные институты, учитывая культурные традиции народов страны, осторожно обходят данную непростую тему, стараясь не задеть религиозные представления какой-либо национальности. Отсутствие в образовательном поле данной темы также связано и с неподготовленностью взрослых, как родителей, так и педагогов, к грамотному проговариванию с детьми вопросов, касающихся смерти и процесса горевания. Поэтому данная тематика часто табуирована и отсутствует в массовых образовательных и социально-просветительских пространствах. Однако в таком подходе не проговаривания кроется опасность, так как такая завуалированность способна сформировать как искаженное восприятие реальности, так и иррациональные страхи.

В современных отечественных научных исследованиях детского понимания смерти пока не разворачивалось систематическим образом. При этом изучение отношения к смерти является насущной проблемой, которая касается и детей, и их родителей [9]. Также за последние двадцать лет в отечественной научной литературе накоплен не очень внушительный багаж теоретических и эмпирических публикаций по детской утрате. При этом большинство значимых работ по гореванию, в том числе детскому, представляет собой перевод англоязычных авторов, благодаря которым отечественные специалисты имеют представление о развитии психотерапии горя за рубежом [1].

Чаще всего какую-либо информацию о том, как пережить горе, люди могут получить в службах паллиативной помощи, хосписах, в агентствах ритуальных услуг [11], то есть на этапе, когда факт смерти близкого человека уже неизбежен или свершился. Но никакой превентивной работы, именно практико-ориентированной подготовки человека к пониманию и принятию данного явления на уровне социальных, образовательных просветительских институтов по сути нет.

Тема смерти, безусловно, сложная, сакральная, но ее чрезмерная закрытость, транслируемая таинственность ведут к некорректному восприятию детьми и подростками понятия смерти, являющейся по сути частью жизни. Такая завуалированность и не проговаривание могут настораживать, напугать, и вызывать недоумение у несформировавшейся детской психики, оставляя у детей много вопросов и недопониманий, страхов перед тем, что не понятно, не входит в ежедневную жизнь и при этом замалчивается взрослыми.

Значимость просвещения по вопросам смерти и культуре умирания для формирования устойчивой психики. Мысли о смерти противоречат желанию человека жить, поэтому каждый человек в отдельности и общество в целом стремятся избегать данной темы [13]. Но согласно экзистенциальной парадигме наше психологическое благополучие зависит от того, как мы справляемся со страхом смерти [12]. И если мы говорим о формировании устойчивой психики детей, о подготовки их к жизни, об адекватном восприятии ими мира, об умении понимать себя и других, то есть, по сути, о развитии эмпатии, социального и эмоционального интеллекта, то тема смерти и проживания горя должны подниматься и обсуждаться с детьми и подростками.

Если мы обратимся к литературе или к историям прошлого, мы можем заметить, что факт собственной смертности был для восприятия более экологичен, взрослые говорили с детьми на тему смертности, каждый ребенок знал о ней, смерть воспринималась естественным феноменом. На данный момент можно наблюдать некий феномен отрицания существования смерти на данный момент. В результате такой ситуации дети боятся, избегают, а когда сталкиваются с кризисом, то впадают в депрессивные расстройства [9].

В случае столкновения с таким явлением как смерть (внезапная или произошедшая в ходе продолжительной болезни) в семье или с их сверстниками, дети и подростки чаще всего оказываются не готовыми к адекватному восприятию происходящего, находясь в шоковом состоянии, часто не понимая свои собственные чувства и не зная, как их правильно проявить, пребывая в страхе и стрессе от произошедшего от непонимания своей роли в данной ситуации, реакций окружающих и от незнания моделей поведения и проявления себя в таких жизненных обстоятельствах.

В свою очередь взрослые часто не знают, как поддержать своих детей, не знают, как и что говорить, так как сами боятся темы смерти, своих эмоций, отгораживая от реальности и своих детей, ошибочно полагая, что, не поднимая тему смерти, оберегают психику ребёнка. Но ребенок, столкнувшись с таким явлением как смерть, находится в глубоком потрясении, если ранее с ним никогда не обсуждалась данная тема. Поэтому для формирования бережного отношения к смерти, для принятия данного явления как факта и понимания концепции смерти важна просветительская работа с детьми и подростками по этим вопросам.

Как хосписы и госпитальные школы способствуют обсуждению темы смерти в общественном пространстве. Последние годы в России все чаще говорится о значимости служб паллиативной помощи, хосписов, в частности, детских хосписов, госпитальных школ и различных благотворительных фондов, занимающихся вопросами помощи детям, имеющим тяжелые заболевания [2]. Для полноценного понимания миссии данных организаций важно грамотное просвещение общества и его активное приобщения к теме концепции смерти и заботе о тяжелобольных людях. Часто само слово хоспис отпугивает людей. По мнению социального антрополога С. Мохова, табуированность темы смерти постепенно уходит, но не последнюю роль в стигматизации темы играет медицина, в том числе паллиативная [14]. Однако все зависит именно от уровня про-

свещённости и культуры общества. «Достоинная смерть — это вопрос культуры общества и подготовленности людей, находящихся у постели умирающего больного» подчеркивает А.К. Федермессер, российский общественный деятель, учредитель благотворительного Фонда помощи хосписам «Вера» [16].

Российский опыт развития госпитальных школ представлен уникальным проектом «УчимЗнаем», нацеленным на создание полноценной образовательной среды в детских больницах для детей, находящихся на длительном лечении, в том числе онкобольных и умирающих, и в силу этого изолированных от обучения в обычных школах. Главная цель Проекта - средствами образования и медико-социальной реабилитации способствовать полноценной жизни ребенка в период борьбы с болезнью, его выздоровлению, социализации и успешному возвращению к повседневной жизни [5].

Популяризация деятельности данных организаций способствует просвещению населения в вопросах развития эмпатии, грамотного понимания сути и течения онкозаболеваний и других тяжелых заболеваний у детей и взрослых, понимания возможности смерти детей, находящихся на длительной лечении, имея сложный диагноз. К сожалению, не редки случаи, когда онкобольных детей могут оскорблять, добавляя при этом невежественные заявления, что они заразные [3], случаи неприятия и отвержения в школьном сообществе при возвращении в школу ребенка, проходившего длительное лечение и вернувшегося после химиотерапии и пр. [18].

Зарубежный опыт

Активное социальное взаимодействие различных сообществ Германии в вопросах поддержки умирающего и его семьи.

Немецкое общество стремится быть максимально социально ориентированным, инклюзивным и толерантным, в том числе и в вопросах поддержки человека в конце жизни без потери качества жизни; в вопросах помощи его родным и близким в период скорби [17]. Опираясь на МКФ (*Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья*), поддержка тяжелобольных и умирающих людей в Германии реализуется не только с помощью медицины, но и посредством социальных институтов, междисциплинарно, учитывая прежде всего социальные аспекты состояния человека, а не лишь с точки зрения медицинской или биологической дисфункции [20]. Так, в Германии при каждой больнице есть социально-психологическая служба, которая выстраивает для тяжелобольных и находящихся на длительном лечении детей и их близких систему помощи, маршрут социальной поддержки. Пребывание в больничной стационаре при этом по возможности сводится к минимуму.

Система помощи, весь медико-социальный сервис, сопутствующее оборудование, ментальная помощь нацелены на то, чтобы люди могли жить максимально самостоятельно вне больничных стен, ощущая полноту и качество жизни, находясь в социуме [17].

Основную помощь в поддержании качества жизни умирающего ребенка и его семьи предоставляют хосписы, предлагая комплексное физическое, психологическое, социальное и духовное обслуживание для умирающих и их семей. Также часто хосписы берут на себя просветительскую, мотивирующую для

объединения сообщества функцию. Важно помочь друзьям, одноклассникам умирающего и уже умершего ребенка принять его смерть, справиться со своими эмоциями и переживаниями. Важно помочь детям проработать свое эмоционального состояние в связи с потерей друга и сохранить память о нем. Здесь важны в целом открытость и активность общества в этом вопросе, поддержка и взаимодействие различных сообществ с пострадавшей семьей, слаженная кооперация семьи, хосписа, школы, любых других социальных институтов, психологических служб и волонтерских движений.

Ниже приведен пример поддержки социумом семьи умирающего (и в впоследствии умершего) восьмилетнего мальчика и помощи его друзьям и одноклассникам в осознании и принятии факта его неизлечимой болезни и смерти (Федеральная земля Баден-Вюртемберг, Германия).

Ребенок 8 лет умер в 2022 г., прожив меньше года с момента постановки онкологического диагноза, несмотря на прохождения курсов химиотерапии, так как на текущий момент лечения данной формы онкологического заболевания не существует.

Весь не простой и болезненный период, который переживал мальчик и его семья, школьное и городское сообщество в целом было максимально объединено в поддержке ребенка и его семьи. Ребенок периодически находился в клинике, но основное время протекания болезни посещал школу и принимал участие во всех школьных и городских мероприятиях. В связи с особенностями болезни лицо и тело ребенка постепенно деформировались, к концу жизни ребенок утратил способность членораздельно говорить и уже не мог самостоятельно передвигаться, ему было предоставлено инвалидное кресло. Ребенку и его семье это причиняло страдания, но при этом важно, что он не был отгорожен от общества и другие дети воспринимали мальчика совершенно адекватно, проживая данный период сообща. Семьи одноклассников не отгораживали их от данной ситуации, а наоборот всячески вовлекали в различные мероприятия, в которых участвовал болеющий, по сути уже умирающий ребенок, приобщая тем самым своих детей к реалиям жизни.

На коротком пути от постановки диагноза до смерти мальчика, благодаря активному вовлечению сообщества, семья ребенка не чувствовала себя брошенной и уж тем более отверженной. Совместно с мамой и своими одноклассниками за время болезни ребенок написал книгу, а местное издательство успело ее издать до смерти мальчика, он смог ее увидеть и подписать экземпляры для друзей. Городской театр успел поставить по книге спектакль и мальчик смог его посмотреть и поблагодарить зрителей и актеров. Все это стало возможным исключительно благодаря равнодушию, проявленной сплоченности и невероятной активности сообщества. Безусловно, это не уменьшило горе и скорбь родителей, но дало семье и самому ребенку, осознающему свое положение, огромное поддержку.

Также велика роль сообщества и каждой отдельной семьи в работе с друзьями и одноклассниками мальчика. В таком деликатном вопросе, как подготовка детей в школе к пониманию и принятию того факта, что их одно-

классник смертельно болен, умирает, важную роль играет грамотное взаимодействие школы, семьи умирающего ребенка, школьного/ классного родительского совета/комитета и хосписа. Важно было помочь детям (тем более младшего возраста) принять знание о смерти, как явлению, прожить процесс горевания, их чувства, грусть по своему другу и помочь проститься.

Родительский совет совместно со службой детского хосписа организовал родительский вечер в школе. С родителями одноклассников вместе с семьей умирающего ребенка и с учителями сотрудники хосписа проговорили, как справиться со смертью вместе с детьми, какие проблемы могут возникнуть и как сопутствовать процессу скорби. Учитывая понимание, что скорая смерть ребенка неизбежна, руководство школы вместе с классным руководителем и родительским советом заранее обсудили, как сформируют урок и время после смерти ребенка. После известия о смерти классный руководитель, проконсультировавшись со службой хосписа, следуя рекомендации, организовала в одном из помещений школы комнату памяти. Дети могли пойти туда по их желанию. В помещении была размещена фотография их умершего одноклассника, свечи, дети могли читать, писать записки со своими мыслями для их умершего одноклассника или просто посидеть и подумать о нем, могли разукрашивать камни (то есть как аналог творческой мастерской в хосписе). Или просто подумать о своем однокласснике. Помещение являлось красивым, спокойным местом, где дети могли побыть мысленно с умершим другом, выразить свою скорбь, в том числе через творчество, и почтить его память. Затем разукрашенные и расписанные ими камни были отнесены на могилу ребенка и переданы семье, часть осталась на память в школе.

Грамотная, продуманная организация такой деликатной и важной церемонии, как прощание с умершим ребенком, зависит от осознанности коллектива педагогов школы и родителей одноклассников. Важно найти баланс эмоций и действий, чтобы помочь детям пережить этот период [5]. Организация и проведение таких мероприятий школьным сообществом при поддержке социальных и психологических служб учат детей не отгораживаться от реалий жизни, а быть социально вовлеченными, что безусловно поможет детям в дальнейшем при проживании и преодолении ими стрессовых ситуаций и при оказании ими, в случае необходимости, грамотной помощи окружающим.

Приобщение детей к тематике смерти в Мексике через культурную составляющую.

Интересным примером отношения к смерти является современная Мексика. Являясь страной с очень сложной социальной системой, с учетом своего как социально-экономического, так и культурно-исторического развития, Мексика представляет собой неоднородное сочетание в своем классовом, этническом, языковом, религиозном и традиционном разнообразии, при этом компилируя в себе все эти составляющие, позволяющие Мексике быть достаточно вариативной в своем мировоззрении.

С одной стороны, Мексика является светским государством, очень лояльным к другим культурам и религиям, при этом в стране сильны консерватив-

ные, католические традиции, по сути сформировавшие мексиканскую ментальность со времен конкистадоров. С другой стороны, в стране очень серьёзно чтутся языческие культурные традиции. В частности, День Мертвых, отражающий особое отношение мексиканцев к смерти, важный, значимый день в мексиканской культуре, посвящённый памяти умерших, уважению к ним, проходит ежегодно 1 и 2 ноября. Несмотря на социальное расслоение мексиканского населения, этот день отмечают все жители страны. Традиции, связанные с праздником, включают в себя создание в домах алтарей в честь умершего, включающие черепа из сахара, бархатцы, любимые продукты и напитки умершего и посещение могилы с этими подарками.

Тема смерти не является табуированной для детей в Мексике, а поясняется детям как естественный процесс и часть жизни человека. Тем самым взрослые уводят детей от иррациональных страхов к реалистичному восприятию мира, знакомя через данный праздник с естественным ходом жизненного цикла. С ранних лет дети приобщаются к отмечанию данного дня как дня памяти своих умерших родных и близких. День Мертвых, как значимая социокультурная традиция, приобщает детей к национальному наследию Мексики, и образовательные учреждения данному дню уделяют особое внимание как знаковой составляющей мексиканской культуры в вопросе развития детей. Помещение образовательных организаций в этот день также преобразуется в соответствии с тематикой праздника, и для детей проводятся тематические занятия.

Приведем пример из опыта работы мексиканского детского сада «Mi Cole Juriquilla» в штате Керетаро.

День мертвых в детском саду отмечается ежегодно созданием алтаря, на котором размещаются украшения и соответствующая празднику символика. Такой алтарь может быть приурочен в память об известной личности. Так, в один из дней памяти умерших алтарь был посвящён мексиканскому композитору и исполнителю, автору детских песен Francisco Gabilondo Soler. Он записывал и исполнял песни под именем Cri-Cri, El Grillito Cantor. Дети узнают, каким был музыкант в реальной жизни, и вместе с педагогами слушают записи его песен. Проведение такого мероприятия в детском саду педагоги и родители рассматривают и как приобщение детей к культурным традициям страны, и как знакомство с музыкой известного в Мексике композитора и певца [4].

Выводы. Желание жить приводит к страху смерти, совладание с которым становится экзистенциальной задачей личности. И не у каждого взрослого это хорошо получается. Но для ребенка в силу незрелости данная задача становится еще сложнее. Это миф, что детство защищено от смерти или утраты. Дети прямо или косвенно сталкиваются со смертью в своем окружении [13].

От того, насколько успешно человеку удастся справиться с тревогой, возникшей от осознания конечности жизни, зависит его психологическое благополучие [12]. Как показывает практика, важно учить детей и подростков объективно принимать реальность, поднимая тему смерти, а также воспитывать бережное, уважительное отношение к данному явлению; учить проживать период горевания и понимать свои чувства, правильно поддерживать переживающих горе

людей. Дети, не прожившие опыт потери и/или осознанного проговаривания и обсуждения темы смерти, становясь взрослыми, часто отвергают данную тему, стараясь не касаться ее, транслируют такое отношение уже и своим детям. Но избежать темы смерти полностью и столкновение с самим явлением напрямую или опосредованно невозможно. Поэтому крайне неправильно отгораживать подрастающее поколение от вопросов, касающихся смерти и проживания горя.

Важно пропагандировать в обществе концепцию создания достойных условий для детей и взрослых, находящихся в сложной жизненной ситуации, имеющих тяжелое и/или смертельное заболевание, чтобы данный временной отрезок их жизненного пути был так же насыщен и наполнен смыслами, как и у их сверстников, и проживание предсмертного периода являлось полноценным, а не в состоянии отчаяния и отверженности. И именно во многом поднятие темы смерти в обществе, а не ее табуирование, поможет как самим детям, находящимся в предсмертном состоянии, прожить этот период, так и их семьям, друзьям и одноклассникам лучше понимать, как они могут помочь, проявиться и поддержать умирающего.

В вопросах просвещения детей и подростков по теме смерти и принятия знания о данной явлении, приобщения к культуре умирания и сопереживания крайне важно активное включение социума. Общественные, образовательные сообщества, социальные и психологические службы должны стремиться поднимать тему понимания смерти в обществе, быть активно вовлеченными в поддержку семей, имеющих тяжелобольного ребенка, теряющих и потерявших ребенка, тем самым приобщая детей (одноклассников умирающего, умершего ребенка) к совместному проживанию ситуации, помогая и семье, и самим одноклассникам проходить этот непростой период жизни, лучше понимать себя, свои и чужие эмоции.

Безусловно, такое явление, как смерть, не может быть безболезненным даже с учетом подготовки к нему. Но в случае правильной подачи темы, не отгораживания детей от жизненных реалий, все же можно помочь ребенку в будущем смягчить удар от столкновения с данным неотвратимым явлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баканова А.А. Детское горе: теоретическая концептуализация проблемы // Консультативная психология и психотерапия. 2023. № 31(3). С. 28–46. <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310302>
2. Вакуленко Т.В., Баилова Т.А., Перминова Г.А. X юбилейная конференция Развитие паллиативной помощи взрослым и детям // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2025 (25). № 1. С. 126-131.
3. В Москве семья с онкобольными детьми переехала после травли соседей. URL: <https://rg.ru/2018/12/12/reg-cfo/v-moskve-semia-s-onkobolnymi-detmi-pereehala-posle-travli-sosedej.html>
4. Волкова Т.В. Особенности системы дошкольного образования в Мексике // Воспитатель ДОУ. 2024. № 2. С. 92–106. ISSN 2220-1459.
5. Волкова Т.В. Социальная инклюзия и система психологической помощи: опыт разных стран. М.: ТЦ СФЕРА, 2024. 112 с.

6. Волкова Т.В., Хенчель Т. Особенности системы образования и социального развития в современной Мексике // Современное дошкольное образование: теория и практика. Электронный журнал. 2023. № 14. С. 6–18.

7. Волкова Т.В., Хенчель Т. Пути реализации инклюзии. Примеры инклюзивной и социально-психологической практики в системе образования Германии // Современное дошкольное образование. 2020. № 2 (98). С. 38–50. doi: 10.24411/1997-9657-2020-10067

8. Волкова Т.В., Хенчель Т. Психологическая служба в системе образования Германии. На примере опыта работы федеральной земли Берлин // Школьный психолог. № 11 (563). 2019-11-01. С 19-22.

9. Кузьмина А.С. Исследования особенностей отношения к смерти у детей // Universum: психология и образование: электрон. научн. журн. 2021. 8 (86). URL: <https://7universum.com/ru/psy/archive/item/12114>

10. Культура смерти – проблема общества. URL: <https://sn.ria.ru/20130530/940325687.html>

11. Психологическая помощь скорбящим при утрате. ГБУ «Ритуал». — URL: <https://ritual.msk.ru/stati/psikhologicheskaya-pomoshch-skorbyashchim-pri-utrate/>

12. Ростовцева М.Е. Детское понимание смерти: формирование концепции смерти и ее основные характеристики // Российский психологический журнал 2024. № 21 (1), С. 87–107. <https://doi.org/10.21702/rpj.2024.1.5>

13. Сиврикова Н.В., Лукичева Е.А. Восприятие смерти: динамика в детском возрасте // Гуманитарные исследования. Педагогика и психология. 2022. № 11. С. 72-80.

14. Симпозиум по «культуре умирания» пытался снять табу с темы смерти. URL: <https://www.miloserdie.ru/article/tabu-na-razgovor-o-smerti-v-rossii-eshhe-est-no-situatsiya-menyaetsya-na-glazah/>

15. Сорокина А.А. О взаимосвязи представлений о смерти с типом культуры // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. 2009. № 1 (149) С. 21-24.

16. Тема, о которой не принято говорить. URL: <https://sn.ria.ru/20130530/940249280.html?in=t>

17. Хенчель Т. Социально-педагогическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении. Опыт Германии // Госпитальная педагогика. Лучшие практики обучения детей, находящихся на длительном лечении в медицинских организациях и на дому: Мат-лы 4-й Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием (Москва, 1-3 ноября 2022 г.) / под ред. С.В. Шарикова, Н.М. Курикаловой, А.Ф. Лоскутова, перевод: Н.М. Курикалова, Е.П. Полякова. М., 2022. С. 60–61.

18. Шариков С.В., Волкова Т.В. Госпитальная педагогика как мотивация развития прогрессивного сознания общества и социальной инклюзии // Современное дошкольное образование: теория и практика. Электронный журнал. 2023. № 10. С. 2–23.

REFERECES

1. Bakanova A.A. Detskoe gore: teoreticheskaya konceptualizacziya problemy`

// Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. # 31(3). S. 28–46. <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310302>

2. Vakulenko T.V., Basilova T.A., Perminova G.A. Kh yubilejnaya konferenciya Razvitie palliativnoj pomoshhi vzrosly'm i detyam // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2025 (25). # 1. S. 126-131.

3. V Moskve sem'ya s onkobil'ny'mi det'mi pereekhala posle travli sosedej. URL: <https://rg.ru/2018/12/12/reg-cfo/v-moskve-semia-s-onkobilnymi-detmi-pereehala-posle-travli-sosedej.html>

4. Volkova T.V. Osobennosti sistemy` doshkol'nogo obrazovaniya v Meksike // Vospitatel' DOU. 2024. # 2. S. 92–106. ISSN 2220-1459.

5. Volkova T.V. Soczial'naya inklyuziya i sistema psikhologicheskoy pomoshhi: opy`t razny`kh stran. M.: TCz SFERA, 2024. 112 c.

6. Volkova T.V., Khenchel` T. Osobennosti sistemy` obrazovaniya i soczial'nogo razvitiya v sovremennoj Meksike // Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie: teoriya i praktika. E`lektronny`j zhurnal. 2023. # 14. S. 6–18.

7. Volkova T.V., Khenchel` T. Puti realizaczii inklyuzii. Primery` inklyuzivnoj i soczial'no-psikhologicheskoy praktiki v sisteme obrazovaniya Germanii // Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie. 2020. # 2 (98). S. 38–50. doi: 10.24411/1997-9657-2020-10067

8. Volkova T.V., Khenchel` T. Psikhologicheskaya sluzhba v sisteme obrazovaniya Germanii. Na primere opy`ta raboty` federal'noj zemli Berlin // Shkol'ny`j psikholog. # 11 (563). 2019-11-01. S 19-22.

9. Kuz'mina A.S. Issledovaniya osobennostej otnosheniya k smerti u detej // Universum: psikhologiya i obrazovanie: e`lektron. nauchn. zhurn. 2021. 8 (86). URL: <https://7universum.com/ru/psy/archive/item/12114>

10. Kul'tura smerti – problema obshhestva. URL: <https://sn.ria.ru/20130530/940325687.html>

11. Psikhologicheskaya pomoshh` skorbyashhim pri utrate. GBU «Ritual». — URL: <https://ritual.msk.ru/stati/psikhologicheskaya-pomoshch-skorbyashchim-pri-utrate/>

12. Rostovczeva M.E. Detskoe ponimanie smerti: formirovanie koncepczii smerti i ee osnovny`e kharakteristiki // Rossijskij psikhologicheskij zhurnal 2024. # 21 (1), S. 87–107. <https://doi.org/10.21702/rpj.2024.1.5>

13. Sivrikova N.V., Lukicheva E.A. Vospriyatie smerti: dinamika v detskom vozraste // Gumanitarny`e issledovaniya. Pedagogika i psikhologiya. 2022. # 11. S. 72-80.

14. Simpozium po «kul'ture umiraniya» py`talsya snyat` tabu s temy` smerti. URL: <https://www.miloserdie.ru/article/tabu-na-razgovor-o-smerti-v-rossii-eshhe-est-no-situatsiya-menyaetsya-na-glazah/>

15. Sorokina A.A. O vzaimosvyazi predstavlenij o smerti s tipom kul'tury` // Izvestiya vysshikh uchebny`kh zavedenij. Severo-Kavkazskij region. Obshhestvenny`e nauki. 2009. # 1 (149) C. 21-24.

16. Tema, o kotoroj ne prinyato govorit`. URL: <https://sn.ria.ru/20130530/940249280.html?in=t>

17. Khenchel` T. Soczial'no-pedagogicheskoe soprovozhdenie detej,

nakhodyashhikhsya na dlitel'nom lechenii. Opyt Germanii // Gospital'naya pedagogika. Luchshie praktiki obucheniya detej, nakhodyashhikhsya na dlitel'nom lechenii v mediczinskikh organizacziyakh i na domu: Mat-ly 4-j Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodny'm uchastiem (Moskva, 1-3 noyabrya 2022 g.) / pod red. S.V. Sharikova, N.M. Kurikalovoj, A.F. Loskutova, perevod: N.M. Kurikalova, E.P. Polyakova. M., 2022. C. 60–61.

18. Sharikov S.V., Volkova T.V. Gospital'naya pedagogika kak motivacziya razvitiya progressivnogo soznaniya obshhestva i soczial'noj inklyuzii // Sovremennoe doskol'noe obrazovanie: teoriya i praktika. E'lektronny'j zhurnal. 2023. # 10. S. 2–23.

19. Abi-Hashem, N. (1999). Grief, Loss, and Bereavement: An Overview. Journal of Psychology and Christianity, 18 (4), 309-329.

20. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, 2001.

21. Vuletić S., Karačić S., Amabilis K. The perception of death and sorrow from a child's perspective in pediatric palliative care // Jahr – European Journal of Bioethics. 2017. Vol. 8. No. 2. P. 209–226.

T.V. Volkova

**THE IMPORTANCE OF EDUCATING CHILDREN AND ADOLESCENTS
ABOUT UNDERSTANDING DEATH AND EXPERIENCING GRIEF
IN THE CONTEXT OF THE MODERN GLOBAL SOCIO-CULTURAL SPACE**

**Psychologist (Moscow), invited expert, manager of international projects,
WFS Bildungs gUG (Berlin).**

Summary. The article raises a difficult, often taboo in society, issue of discussing such a phenomenon as death with children and adolescents. The topic of death is considered in the context of the modern global socio-cultural space with the use of international examples of educating children and teenagers, society as a whole, on issues of understanding death, the culture of dying, experiencing grief and empathy. The role of hospices and hospital schools in raising the topic of death in the public space is emphasized, as well as the activity of society in supporting the seriously ill and dying, introducing children to this topic. The importance of discussing the topic of death for the formation of a stable psyche of children and adolescents is actualized.

Keywords: child and adolescent psychology, death, culture of dying, grief, mourning, psychological service, hospice, hospital pedagogy, empathy, cultural traditions, emotional intelligence, social intelligence, inclusion, tolerance, international experience.

**ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ
У КИБЕРСПОРТСМЕНОВ СРЕДСТВАМИ
АНТИСТРЕССОВОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ
(НА ПРИМЕРЕ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ)**

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет», (Хабаровск).

Резюме: Статья посвящена проблеме психического напряжения у киберспортсменов в рамках тренировочного процесса, поиску наиболее эффективных средств по профилактике данного явления наряду с уже существующими, так как данная область спорта в Российской Федерации только начинает развиваться. Теоретический анализ позволяет определить суть понятия «психическое напряжение», а также совокупность факторов, его обуславливающих, ввиду специфики киберспорта. Автором исследования использовались: педагогическое наблюдение, педагогический эксперимент, метод математической статистики, диагностический метод Т.А. Немчинова «Шкала нервно–психического напряжения». Обследовано 100 лиц, занимающихся киберспортом, в возрасте от 15 до 17 лет, а также подобран комплекс упражнений антистрессовой пластической гимнастики А.В. Попкова. В результате проведения эксперимента установлена положительная динамика в применении комплекса упражнений антистрессовой пластической гимнастики А.В. Попкова. Полученные результаты подтверждают эффективность применения средств антистрессовой пластической гимнастики у занимающихся киберспортом. Предложенный комплекс упражнений может быть использован как в частной практике, так и в специализированных учреждениях, задействованных в данной сфере, для своевременной профилактики и коррекции психического напряжения у занимающихся.

Ключевые слова: киберспорт, психическое напряжение, подросток, антистрессовая пластическая гимнастика, тренировочный процесс, профилактика.

Введение. В стремительно меняющихся условиях современного мира одной из наиболее динамично развивающихся сфер деятельности стал киберспорт. Данная сфера как уникальное сочетание спорта и цифровых технологий привлекает миллионы людей по всему миру (в том числе и в категории подростков), превращаясь из увлечения в полноценную профессиональную деятельность. Однако за яркими победами и популярностью скрываются серьезные вызовы, связанные с влиянием на психологическое состояние киберспортсменов.

Актуальность проводимого исследования обусловлена высокой значимостью психогигиены данной категории занимающихся, поскольку на современном этапе киберспорт в России только начинает развиваться. Иными словами, выработки четких мер по психолого–педагогическому сопровождению для данной специфичной категории, существуют в ограниченном количестве.

В то же время в Федеральном законе № 329 «О физической культуре и

спорте в РФ» понятие киберспорт и какое-либо регулирование данной сферы вообще отсутствуют, однако в ст. 3 данного правового акта значится принцип обеспечения прав каждого на свободный доступ к физической культуре и спорту как к необходимым условиям развития физических, интеллектуальных и нравственных способностей личности, прав на занятия физической культурой и спортом для всех категорий граждан и групп населения [11]. Иными словами, развитие такой индустрии, как киберспорт, требует не только высоких результатов, но и определенных шагов для психолого-педагогического сопровождения занимающихся, коим являются мероприятия по антистрессовой пластической гимнастике, о чем пойдет речь далее.

Гипотеза исследования. Предполагалось, что проведение профилактических психолого-педагогических мероприятий с применением средств антистрессовой пластической гимнастики позволит снизить уровень психического напряжения у киберспортсменов, что, в свою очередь, положительно повлияет на уровень их результатов.

Теоретический анализ. Киберспортсмены как профессиональная группа требуют особого внимания к своему здоровью. И.Ф. Ибрагимов и его соавторы отмечают, что киберспорт, несмотря на свою инновационность, сопряжен с рядом рисков, включая не только проблемы со зрением, но и нарушения осанки, психоэмоционального состояния и общего физического здоровья [4].

Для более корректного понимания такого явления, как психическое напряжение, необходимо дать его характеристику. В понимании Т.А. Немчина психическое напряжение представляет собой вид психических состояний, которые развиваются у индивида в результате его нахождения в психологически сложных условиях, дефиците информации, времени при высоких требованиях к качеству и объему результатов деятельности и ответственности за возможные неудачи [8]. По мнению О.А. Лубенской, Т.Л. Ряполовой психическое напряжение представляет собой форму состояния психики индивида, возникающего в тяжелых, непривычных для него условиях, сопровождающегося переживанием дискомфорта, чувством тревоги, страха и проявляющегося в готовности взять ситуацию под контроль, действовать в сложившихся обстоятельствах [6]. Е.Н. Ашанина, Д.В. Кулаков выделяют синонимичный термин «нервно-психическое состояние». Под данным термином авторы понимают функциональное состояние индивида с согласованием гомеостаза на психологическом и физиологическом уровнях [1].

Свое понимание нервно-психического напряжения дает Г. Селье. Согласно его концепции нервно-психическое напряжение является органической, физиологической частью, обусловленной возникновением стресса [10]. Согласно мнению Е.П. Ильина, психическое напряжение возникает в ответ на эмоциональное напряжение, утомление или стресс [5].

Как и любое явление, отражающее внутреннее состояние человека, психическое напряжение имеет свои формы и виды. По классификации Т.А. Немчина, существуют три степени выраженности состояния психического напряжения:

- I степень – незначительная для индивида степень проявления, либо ее

полное отсутствие;

- II степень – мобилизация психических функций, характеризующаяся чувством общего подъема психофизиологических резервов. Характеризуется достаточно высокой степенью продуктивности и эффективности;

- III степень характеризуется дезорганизацией психической деятельности, чувством общего физического и психического дискомфорта [8].

Е.Н. Ашанина, Д.В. Кулаков наряду с нормальными нервно–психическими состояниями рассматривают дизадаптивные нервно–психические состояния как пограничные (донозологические, предболезненные) функциональные нарушения с признаками динамического рассогласования и нарушением систем гомеостаза на психологическом и физиологическом уровнях [1].

Т.А. Бергис выделяет кратковременные и затяжные виды психического напряжения. Для первого характерными признаками являются: а) телесные реакции (расширение зрачков, покраснение и бледность кожи лица и шеи, учащенная ЧСС, повышение или понижение активности некоторых желез внутренней секреции – пот, слюна и пр.); б) поведенческие – беспокойство в движениях, преобладание процессов торможения в ЦНС, обеспокоенный взгляд и пр. Для вторых – принятие ошибочных решений, суетливость, ощущение потери контроля над собой, расстройства сна [2].

Эмпирический анализ. Эксперимент проводился на базе Тихоокеанского государственного университета с сентября 2024 г. по аналогичный период 2025 г. В исследовании принимали участие 100 человек в возрасте от 15 до 17 лет. Диагностика уровня психического напряжения у киберспортсменов осуществлялась по методике Т.А. Немчина [3].

После анкетирования на первом этапе, была осуществлена выборка лиц с наиболее высоким уровнем нервно–психического напряжения. При проведенном анкетировании на втором этапе удалось выявить высокий уровень нервно–психического напряжения у 30 юношей. Дифференциация по половому признаку не осуществлялась по причине отсутствия лиц женского пола при проведении исследования. Далее в случайном порядке испытуемые были разделены на контрольную и экспериментальные группы по 15 человек в каждой.

По шкале Т.А. Немчина «уровни нервно–психического напряжения» распределяются на:

- слабый – от 30 до 50 баллов;
- умеренный – от 51 до 70 баллов;
- высокий (экстенсивный) – от 71 до 90 баллов.

На начало проведения эксперимента были получены следующие данные (табл. 1).

Как видно из табл. 1, среднестатистический уровень психического напряжения по шкале Т.А. Немчина находится выше нормы, как в контрольной, так и в экспериментальной группе. U-критерий Манна-Уитни равен 106. Критическое значение U-критерия Манна-Уитни при заданной численности сравниваемых групп составляет 64; $106 > 64$, следовательно, различия уровня признака в сравниваемых группах не являются статистически значимыми ($p > 0,05$).

Таблица 1.

Уровень психического напряжения у киберспортсменов (в баллах) на начало эксперимента

Кол-во испытуемых	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1	81	79
2	75	74
3	89	87
4	80	79
5	87	89
6	90	88
7	71	72
8	69	71
9	82	83
10	79	82
11	68	73
12	74	67
13	88	86
14	90	88
15	88	89
<i>Среднеарифметическое значение</i>	<i>80, 73</i>	<i>80, 46</i>

Также на начало эксперимента в контрольной группе, средний процент попаданий в одном из видов киберспорта (Counter Strike 1.6) составил 69,8% по движущимся мишеням. Аналогичный показатель в экспериментальной группе оказался равен 67,3%.

Занятия по антистрессовой пластической гимнастике в экспериментальной группе проводились 3 раза в неделю по 30 минут.

Занятия проводились с применением следующих упражнений:

1) Исходное положение (далее и.п.) – стопы на ширине плеч, носки слегка развернуты внутрь, ноги прямые в коленях. Слегка согнуть ноги в коленях, подав вперед бедра, переместив при этом вес тела на носки стоп. Далее, вернуться в исходное положение (10 раз);

2) И.п. то же, переместить вес тела на левую ногу, слегка согнув ее в колене. Само тело повернуть вправо, поворачивая правую стопу на пятке также вправо, оставляя левую стопу неподвижной. Выпрямить правую ногу в колене;

3) И.п. то же, расслабленные руки в форме кольца поднять до уровня груди, ладони развернуть к себе. Локти согнуты и приподняты, кисти расслаблены, пальцы смотрят друг на друга, плечи опущены. В данном положении поворачивать корпус влево вправо, стопы неподвижны (16 раз);

4) И.п. то же, медленное вращение глаз по и против часовой стрелке. Одновременно с глазами поворачивается голова (10 раз в каждую сторону);

5) И.п. то же, руки вдоль тела, наклон корпуса вперед, спина прямая, ноги прямые в коленях, голову при этом не опускать вниз (20 раз);

6) И.п. то же, наклон корпуса к правой ноге (на раз), наклон вперед (на два), наклон к левой (на три), спина прямая, ноги прямые в коленях, голову при этом не опускать вниз (20 раз);

7) И.п. то же, руки отвести за спину, ладони скрестить на уровне копчика. Ладони развернуты наружу и не касаются друг друга и тела. Спина прямая (20 раз);

8) И.п. то же, вес тела перевести с правой ноги на левую и наоборот (20 раз);

9) И.п. то же, руки сгибая в локтях, поднять до уровня лица, развернув ладони к себе, плечи опущены (20 раз);

10) И.п. то же, стоя лицом к стене, ладони на стене внутренними сторонами, сгибаем и разгибаем руки в локтях, ладони параллельны плечам (20 раз) [9].

Профилактические мероприятия по снижению психического напряжения в контрольной группе испытуемых проводилась с помощью физкультминуток и физкультпауз:

1) гимнастика для глаз – и.п. сидя, максимально зажмурить глаза (на 3–5 секунд), далее открыть (на 3–5 секунд). Повторить 8 раз;

2) И.п. сидя, моргать глазами в быстром темпе (50–80 движений в минуту) в течение 1 минуты;

3) Упражнения для мышц шеи: и.п. стойка ноги врозь, руки параллельно телу. На раз наклон головы вперед, подбородком касаясь яремной впадины, на два в и.п., на три затылком пытаемся коснуться задней части воротника, на четыре вернуться в и.п. (16 раз);

4) И.п. стоя, прямые руки перед грудью, на четыре счета выполняем круговые движения прямыми руками в плечевых суставах вперед, далее то же самое назад (16 раз);

5) И.п. лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руками взяться за бедра. Поднять и опустить тело с помощью рук (16 раз);

6) Упражнения на дыхание: и.п. стойка ноги врозь, прямые руки в стороны. На четыре счета выполнить вдох, пытаясь соединить лопатки, прогнувшись (16 раз) [7].

Результаты. На конец проведения эксперимента были получены следующие результаты.

У-критерий Манна-Уитни равен 10. Критическое значение U-критерия Манна-Уитни при заданной численности сравниваемых групп составляет 64; $10 \leq 64$, следовательно различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы ($p < 0,05$), что в свою очередь позволяет сделать вывод о достоверности выдвинутой в начале исследования гипотезы.

В контрольной группе испытуемых существенных различий на конец эксперимента по сравнению с началом не обнаружено.

В экспериментальной группе среднеарифметический показатель уровня психического напряжения на начало эксперимента составлял 80,46 балла, на его конец данный показатель составил 63 балла. Динамика в сторону снижения уровня психического напряжения составила 17,46 балла, что оказалось на сред-

нем уровне по шкале Т.А. Немчина по сравнению с началом эксперимента, где аналогичный показатель находился в экстенсивной (высокой) зоне, что в свою очередь подтверждает выдвинутую гипотезу об эффективности антистрессовой пластической гимнастики как средства профилактики психического напряжения у киберспортсменов.

Таблица 2.

Уровень психического напряжения у киберспортсменов (в баллах) на конец эксперимента

Кол – во испытуемых	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1	81	63
2	74	51
3	88	60
4	83	68
5	85	63
6	86	55
7	72	66
8	71	55
9	81	71
10	80	67
11	69	60
12	73	59
13	87	75
14	88	59
15	84	73
<i>Среднеарифметическое значение</i>	<i>80,13</i>	<i>63</i>

Также на конец проведения эксперимента в контрольной группе средний процент попаданий по движущимся мишеням в одном из видов киберспорта (Counter Strike 1.6) составил 71,7%.

Аналогичный показатель в экспериментальной группе на конец проведения эксперимента оказался равен 78, 9%. В начале эксперимента данный показатель был равен 67,3%, что в дополнение к вышеизложенному подтверждает выдвинутую гипотезу о эффективности антистрессовой пластической гимнастики как средства профилактики психического напряжения у киберспортсменов.

Заключение. Психическое напряжение является ответом организма на возникающие стрессогенные проявления извне при выполнении конкретной деятельности. Киберспорт в данном контексте также не является исключением. Длительное пребывание в положении сидя, а также нагрузка на визуальный анализатор, бесспорно, приводят занимающихся к накоплению излишнего физического и психического напряжения, что в свою очередь требует особого психолого–педагогического подхода.

Антистрессовая пластическая гимнастика представляет собой одну из эффективных форм подобного подхода, что подтверждается результатами прове-

денного исследования.

Также целесообразно отметить, что приведенный в данной статье комплекс упражнений не требует особой подготовки и специального оборудования, что делает его универсальным с материально-технической точки зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашанина Е.Н., Кулаков Д.В. Теория и практика коррекции дизадаптивных нервно-психических состояний с помощью аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи. Монография. Вып.2. СПб.: Политехника-сервис, 2012. С. 8–12.

2. Бергис Т.А. Психология стресса: электронное учебное пособие. Тольятти: Изд-во ТГУ, 2022. 1 оптический диск. ISBN 978-5-8259-1299-8.

3. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.

4. Ибрагимов И.Ф., Курмаев З.Ф., Хисамиев И.М., Григорьев А.П. Киберспорт как интеграция спорта и цифровых технологий: проблема влияния киберспорта на здоровье игроков // Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. 2024. № 2. С. 86 – 91

5. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.

6. Лубенская О.А., Ряполова Т.Л., Оценка уровня нервно-психического напряжения у комбатантов специальной военной операции // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № 2 (62). С. 27–33.

7. Марчук С.А. Профилактика нарушений и коррекция зрительных функций у студенческой молодежи: учеб. пособие. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2004. 61 с.

8. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л.: ЛГУ, 1983. 167 с.

9. Попков А.В. Антистрессовая пластическая гимнастика. М.: Советский спорт, 2005. 164 с.

10. Физиология стресса: учебно-методическое пособие / сост. Ш.В. Куулар, У.В. Доржу, С.К. Сарыг. Кызыл: Изд-во ТувГУ, 2018. 89 с.

11. Федеральный закон № 329 «О физической культуре и спорте в РФ»: [Электронный ресурс]: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_73038/d6d6436c86df49e7a535ac40474ba6df422744b7/ (дата обращения 10.09. 2024).

REFERENCES

1. Ashanina E.N., Kulakov D.V. Teoriya i praktika korrekczii dizadaptivny`kh nervno-psikhicheskikh sostoyanij s pomoshh`yu audiovizual`nogo vozdejstviya i biologicheskoi obratnoj svyazi. Monografiya. Vy`p.2. SPb.: Politehnika-servis, 2012. S. 8–12.

2. Bergis T.A. Psikhologiya stressa: e`lektronnoe uchebnoe posobie. Tol`yatti: Izd-vo TGU, 2022. 1 opticheskij disk. ISBN 978-5-8259-1299-8.

3. Vodop`yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa. SPb.: Piter, 2009. 336 s.

4. Ibragimov I.F., Kurmaev Z.F., Khisamiev I.M., Grigor`ev A.P. Kibersport kak integracziya sporta i czifrovy`kh tekhnologij: problema vliyaniya kibersporta na zdorov`e igrokov // Fizicheskaya kul`tura. Sport. Turizm. Dvigatel`naya rekreacziya.

2024. # 2. S. 86 – 91

5. Il'in E.P. Psikhofiziologiya sostoyanij cheloveka. SPb.: Piter, 2005. 412 s.
6. Lubenskaya O.A., Ryapolova T.L., Oczenka urovnya nervno-psikhicheskogo napryazheniya u kombatantov speczial'noj voennoj operaczii // Zhurnal psikhiiatrii i mediczinskoj psikhologii. 2023. # 2 (62). S. 27–33.
7. Marchuk S.A. Profilaktika narushenij i korrekczija zritel'ny`kh funkczij u studencheskoj molodezhi: ucheb. posobie. Ekaterinburg: Izd-vo Ros. gos. prof.-ped. un-ta, 2004. 61 s.
8. Nemchin T.A. Sostoyaniya nervno-psikhicheskogo napryazheniya. L.: LGU, 1983. 167 s.
9. Popkov A.V. Antistressovaya plasticheskaya gimnastika. M.: Sovetskij sport, 2005. 164 s.
10. Fiziologiya stressa: uchebno-metodicheskoe posobie / sost. Sh.V. Kuular, U.V. Dorzhu, S.K. Sary`g. Ky`zy`l: Izd-vo TuvGU, 2018. 89 s.
11. Federal'ny`j zakon # 329 «O fizicheskoy kul'ture i sporte v RF»: [E'lektronny`j resurs]: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_73038/d6d6436c86df49e7a535ac40474ba6df422744b7/ (data obrashheniya 10.09. 2024)

E. V. Timoshkov

PREVENTION OF MENTAL STRESS IN E-ATHLETES USING ANTI-STRESS PLASTIC GYMNASTICS

Pacific State University (Khabarovsk).

Summary. The article is devoted to the problem of mental stress in e-sports athletes within the framework of the training process, the search for the most effective means of preventing this phenomenon along with the already existing ones, as this area of sports is just beginning to develop in the Russian Federation. Theoretical analysis it allows us to determine the essence of the concept of "mental stress", as well as the set of factors that cause it, due to the specifics of e-sports. The author of the study used the following methods: pedagogical observation, pedagogical experiment, mathematical statistics, and T. A. Nemchinov's diagnostic method, the Scale of Nervous and Mental Stress. The study involved 100 individuals aged 15 to 17 who engaged in e-sports, and a set of exercises from A. V. Popkov's anti-stress plastic gymnastics was selected. As a result of the experiment, a positive dynamics was established in the use of A. V. Popkov's complex of exercises for anti-stress plastic gymnastics. The obtained results confirm the effectiveness of using anti-stress plastic gymnastics in e-sports practitioners. The proposed complex of exercises can be used both in private practice and in specialized institutions involved in this field for timely prevention and correction of mental stress in practitioners.

Keywords: e-sports, mental stress, anti-stress plastic gymnastics, training process, prevention.

УДК 616.89-053.6

З.А. Федорова, Я.А. Близнюк, Ю.В. Хуторянская, С.В.Гречаный
РАННИЙ СЕКСУАЛЬНЫЙ ОПЫТ И АССОЦИИРОВАННЫЕ
С НИМ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОДРОСТКОВОГО
И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (Санкт-Петербург).

Резюме. В нарративном обзоре представлены результаты анализа данных о факторах риска, частоте и последствиях раннего начала половой жизни у подростков (включая психические расстройства, наиболее часто ассоциированные с ранней сексуальной инициацией). Выявлено, что ранний сексуальный дебют ассоциирован с повышенным риском развития депрессивных нарушений, суицидного и несуицидного (особенно у лиц женского пола) поведения, расстройств пищевого поведения, аффективных нарушений пограничного уровня и пограничного расстройства личности.

Ключевые слова: ранний сексуальный опыт, факторы риска раннего сексуального дебюта, ранний сексуальный дебют и рискованное сексуальное поведение, ранний сексуальный дебют и психические расстройства, ранний неблагоприятный детский опыт, подростки.

Введение. Большинство современных источников литературы свидетельствует о том, что ранняя сексуальная инициация в пубертатном периоде, сопряженная с многочисленными сложными и противоречивыми переживаниями, выступает в роли серьезного стрессогенного фактора, оказывающего существенное негативное влияние на психическое здоровье молодого поколения [9, 11, 17, 28, 31].

Изучение вопросов пола и связанных с ним психических расстройств, как и вопросов полового воспитания в аспекте его психогигиены имеет давнюю традицию в отечественной детской психиатрии [2]. В качестве примера можно упомянуть одну из первых в нашей стране монографию Д.Н. Исаева и В.Е. Кагана «Половое воспитание и психогигиена пола у детей», вышедшую в 1979 г. [1].

Существуют разные дефиниции понятия «ранний сексуальный опыт». При всей относительности хронологических рамок в ряде работ подчеркивается, что раннее вступление в половую жизнь – это сексуальный опыт до 18 лет [33], в других под ранней сексуальной инициацией подразумевается дебют начала половой жизни в возрасте 12-15 лет [19, 25].

Цель настоящего нарративного обзора – обобщить и провести критический анализ современных данных, касающихся распространенности, факторов, последствий ранней сексуальной инициации у подростков, а также психических расстройств, наиболее часто ассоциированных с ранним половым опытом.

Стратегия поиска и отбора литературы. Электронные базы данных MEDLINE (доступ через PubMed), Web of Science, eLibrary. **Критерии соответствия:** 1) публикации и/или их резюме за последние 10 лет; 2) метаанализы,

систематические обзоры, сравнительные когортные исследования; 3) ключевое словосочетание – «early sexual debut», «risk factors for early sexual debut», «early sexual debut and risky sexual behavior», «early sexual debut and mental disorders»; 4) соответствие в источнике информации, релевантной цели исследования.

Результаты и их обсуждение. По ключевому словосочетанию за последние 10 лет обнаружено 593 источника литературы, в 121 из которых содержится информация, заинтересовавшая авторов согласно заявленной цели. 33 из них соответствовали, согласно заявленным критериям соответствия, уровню достоверности доказательств.

Распространенность. Исследование состояния здоровья школьников в 50 странах на примере 124 091 подростка 12-15 лет (53,5% девочек) с использованием метаанализа со случайными эффектами выявило распространенность раннего вступления в половую жизнь в зависимости от пола, региона, социально-экономического уровня в стране [14]. Раннее начало половой жизни в 12-15 лет отмечено у 14,2% (95% ДИ=12,1-16,2) подростков. У мальчиков этот показатель был выше, чем у девочек – 19,7% (95% ДИ=16,9-22,5%) против 8,9% (95% ДИ=7,6-10,3%). Распространенность раннего начала половой жизни была самой высокой в регионе Северной и Южной Америки – 18,4% (95% ДИ=15,2-21,5) и самой низкой в регионе Юго-Восточной Азии – 5,3% (95% ДИ=2,6-8,0).

Вышеотмеченный психотравмирующий характер современной ранней половой инициации отразился на динамике изменения возраста начала половой жизни за последние десятилетия. Так, сравнительное изучение статистических данных с 2002 по 2022 гг. на примере 312702 подростков с сексуальным дебютом в 15 лет (с помощью одно- и многомерных многоуровневых бинарных логистических регрессионных моделей) было обнаружено незначительное снижение числа случаев раннего вступления в сексуальные отношения, но значимое для психологического здоровья подростков. Девочки и подростки из менее обеспеченных семей имели более низкие шансы вступления в раннюю половую жизнь. Родительская поддержка сыграла незначительную, но защитную роль [13]. С другой стороны, исследование факторов, влияющих на восприятие приемлемости ранних половых отношений среди студентов одного из университетов США в 2019 г. по сравнению с 1990 г. показало, что за 30 лет произошли незначительные изменения. В разные периоды это были влияние религиозных установок, интерес к получению нового опыта, потенциальное переживание вины [26].

Глобальные процессы, такие как пандемия COVID-19, значимо повлияли на сексуальное поведение лиц подросткового и молодого возраста. Так, анализ данных, собранных на материале 775 студентов колледжей в период с июля 2019 г. по май 2020 г., позволил выявить значимые изменения в моделях сексуального поведения. В течение весны 2020 г. сексуальные контакты ожидаемо снизились. Однако выявлены статистические факторы (классы), сопряженные с ранним вступлением в половую жизнь. Это – серьезные финансовые трудности, связанные с COVID-19, низкий уровень самоконтроля, наличие романтических отношений [20].

Факторы риска раннего сексуального опыта. Систематический обзор, построенный на 2787 источниках, показал, что **факторами риска** раннего первого

сексуального опыта являются: употребление подростками и их родителями психоактивных веществ (ПАВ), агрессия и расстройства поведения, особенности семейных привязанностей, уровень успеваемости в школе, семейная жизненная ситуация и образование матерей [23]. Результаты многонационального исследования показали, что такие факторы, как тревожность, одиночество, суицидные мысли, травля, драки, прогулы школ, курение, употребление алкоголя, запрещенных наркотиков, избыточный вес ассоциированы с более высокими шансами раннего вступления в половую жизнь, в то время как женский пол, родительский контроль и поддержка сверстников были защитными факторами [14].

В качестве предиктора раннего начала половой жизни в последние десятилетия широко рассматривается **ранний неблагоприятный детский опыт** (НДО, early adverse childhood experience, ACE). С помощью анализа латентных классов были изучена связь профилей НДО у 3185 детей в возрасте 5 лет с особенностями последующего первого сексуального опыта. Выделено 4 класса: низкий уровень НДО (51,8%), социально-экономическое неблагополучие (32,0%), семейная дисфункция (12,0%) и жестокое обращение (4,2%) [31]. По сравнению с детьми с низким уровнем НДО все три других класса отличались более ранним сроком начала половой жизни. Попарное сравнение показало, что подростки из группы социально-экономического неблагополучия и жестокого обращения по сравнению с детьми с семейной дисфункцией были раньше подвержены сексуальной инициации.

Исследование долгосрочных эффектов **жестокое обращение в детстве** у 5200 лиц в возрасте 14 и/или 21 года показало [27], что сексуальное насилие было связано с ранним началом половой жизни и беременностью в юношеском возрасте, проблемами с вниманием, симптомами посттравматического стрессового расстройства и депрессией. Физическое насилие ассоциировалось с проблемами поведения, делинквентностью и злоупотреблением наркотиками. Пренебрежительное отношение было сопряжено с наличием нескольких сексуальных партнеров, злоупотреблением каннабисом и/или зависимостью.

Пережитое в детстве **сексуальное насилие** рассматривается в качестве общепризнанного фактора риска раннего начала половой жизни. Проспективное исследование 697 девочек, подвергшихся разным формам сексуального насилия, показало наличие признаков сексуального поведения в возрасте 8 лет, повышенную озабоченность вопросами пола в возрасте 12 лет, и, далее, вступление в половую связь в 14 лет [4].

Придается большое значение **структуре семьи** как значимому фактору, опосредующему ранний сексуальный опыт. Считается, что воспитание ребенка матерью в одиночестве с интенсивным поиском мужа или партнера с детства порождает у ребенка повышенный интерес к сексуальной стороне жизни. Наличие сексуального партнера в этих условиях у ребенка ассоциируется с взрослостью. Все это, наряду с ослаблением контроля со стороны матери, занятой устройством собственной личной жизни, может культивировать мысль о приемлемости ранних внебрачных сексуальных отношений. Двукратное исследование 9959 респондентов (53% женщин, 47% мужчин) в возрасте 12-17 лет и в 18-26 лет показало, что многочисленные материнские свидания могут быть источником нестабильно-

сти в семье и привести к раннему началу сексуальной жизни у ребенка [32].

В разных исследованиях подчеркивается, что воспитание в неполной семье накладывает отпечаток на возраст половой инициации. При изучении связи между фактом воспитания в неполной семье и возрастом начала половой жизни у жителей Ямайки (233 респондентов, 110 мужчин, 123 женщины) 18-35 лет обнаружено, что 41,7% респондентов, выросших с одним родителем, с большей вероятностью вступали в половую жизнь раньше (56,9%) по сравнению с теми, кто воспитывался двумя родителями (43,1%, $p=0,004$). Таким образом, структура семьи была значимым предиктором раннего сексуального дебюта (ОШ=5,5; 95% ДИ=1,1-25,8).

Большое значение уделяется описанию **региональных особенностей**, оказывающих влияние на вступление в раннюю половую жизнь, особенно в развивающихся странах. Так, например, исследование в странах с сильным влиянием традиционных ценностей (Индия) установило, что вероятность раннего сексуального дебюта была значительно выше среди мальчиков и девочек, которые подвергались воздействию порнографической продукции; а также у мальчиков и девочек, у которых выявлялись симптомы депрессии средней тяжести [21]. Изучение социально-демографических факторов раннего сексуального дебюта у подростков средних школ Нигерии [3], выявило, что девочки вступали во взрослые отношения раньше мальчиков. Те, кто воспитывался одним из родителей, начинали половую жизнь раньше. Возраст начала половой жизни был выше у детей, чьи матери и отцы имели высшее образование. Мальчики и девочки подросткового возраста, страдающие депрессией, чаще вступали в половую связь, чем их сверстники без депрессии. Респонденты, живущие в одной комнате с родителями или взрослыми родственниками противоположного пола, были подвержены сексуальной инициации раньше, чем те, кто жил один или делил комнату со сверстниками своего пола.

Результаты опроса женщин в странах Африки, расположенных южнее Сахары, показало [11], что ранний сексуальный дебют у них был связан с низким уровнем образования, постоянным насилием со стороны родителей в детстве и партнеров, рискованным сексуальным поведением, плохим психическим здоровьем и дефицитом доступности тестов на ВИЧ. Последствиями принудительного вступления в половую жизнь были виктимизация, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) и ухудшение психического здоровья. Исследование, направленное на изучение установок на воздержание в 44 школах юга США, включившее 4620 респондентов (58,2% лица женского пола), показало, что установки на откладывание половых отношений до 18 лет были отрицательно связаны с сексуально-рискованным поведением, в то время как директивные запреты не имели существенной связи [5].

Серьезным аспектом раннего начала половой жизни являются **принуждение к сексуальной инициации и физическое насилие**. В разных источниках подчеркивается, что ранний возраст сексуального дебюта связан с практикой физического насилия при свиданиях с партнером. Распространенность виктимизации в связи с пережитым насилием при свиданиях была изучена на материале 8637 обучающихся 9-12 классов [12]. Результаты показали, что примерно 15% сексуально активных лиц сообщили о том, что в прошлом году они стано-

вились жертвами физического насилия. Вероятность виктимизации подростков, которые начали половую жизнь в возрасте до 12 лет, была выше у девочек (ОШ=2,46, 95% ДИ = 1,50-4,02) и мальчиков (ОШ=2,20, 95% ДИ = 1,42-3,41) по сравнению с теми, кто начал половую жизнь в возрасте 16 лет и старше.

Мета-анализ факторов, связанных с принуждением к половой инициации, включивший 39 источников литературы, выявил 6 проблемных аспектов, обозначенные как индивидуальная и семейная области, область партнеров/сверстников, область школы, сообщества и культурная область. Эти области влияют на принятие решения к половой инициации и подверженность внешнему давлению [16].

Для изучения связи раннего сексуального опыта с физическим насилием были проанализированы данные о 127 513 подростках 12-15 лет из 43 стран с низким и средним уровнем дохода. Переживание физического насилия было значимо связано с рискованными формами сексуальной активности, такими как раннее начало сексуальной жизни (ОШ=1,42, 95% ДИ=1,16-1,74), наличие более 2-х половых партнеров (ОШ=2,13, 95% ДИ=1,39-3,27) и незащищенные контакты (ОШ=1,48, 95% ДИ=1,10-2,00). Показано также, что программы, направленные на борьбу с насилием среди подростков, могут быть полезны в отношении профилактики рискованного сексуального поведения [25].

Употребление подростками ПАВ традиционно рассматривалось в качестве предиктора и последствий ранней половой инициации. Доказано, что негативные переживания, связанные с первым сексуальным опытом, в будущем предсказывают проблемное употребление ПАВ. Результаты лонгитюдного исследования показали, что ранний сексуальный дебют связан не только с самим фактом употребления ПАВ, но и с количественным возрастанием патологического пристрастия [7].

На примере выборки 289 чел. (63% лиц женского пола) в возрасте 12-22 лет были изучены следующие характеристики: связь раннего первого гетеросексуального полового контакта с частотой употребления **алкоголя** в возрасте 16 лет; динамика количества употребления алкоголя в период 16-22 лет; характер употребления алкоголя в возрасте 22 лет. Результаты показали, что подростки, рано вступившие в сексуальные связи, сообщили о более высокой частоте употребления алкоголя в 16 лет по сравнению с теми, кто сделал это в более старшем возрасте. Возраст первого гетеросексуального полового акта не был связан с повышением частоты употребления алкоголя с течением времени. Однако в 22 года в группе ранней инициации выявлен значимо более высокий уровень проблем, связанный с употреблением алкоголя [6].

Изучению взаимосвязи между недавним употреблением ПАВ и ранним вступлением в половую жизнь у бразильских подростков в возрасте 15-17 лет было посвящено анкетировано 72 679 чел. [8]. О раннем вступлении в половую жизнь сообщили 33,3% участников. Употребление всех ПАВ в значительной степени было связано с ранним вступлением в половую жизнь. Наиболее сильные связи прослеживались при употреблении крэка (ОШ=1,91, 95% ДИ=1,56-2,33), марихуаны (ОШ=1,58, 95% ДИ=1,43-1,75) и алкоголя (ОШ=1,47, 95% ДИ=1,35-

1,59). Полученные результаты повышают ценность антинаркотической профилактической работы, которая способна предотвратить не только развитие химической зависимости, но и способствовать сохранению сексуального здоровья.

Психические расстройства. Негативно оцениваемый ранний половой опыт, по данным различных исследований, сопряжен с развитием широкого спектра психических расстройств.

Установлено, что ранний сексуальный дебют (до 15 лет) ассоциирован с повышенным риском депрессивных нарушений, суицидного поведения, несуицидных самоповреждений (преимущественно у лиц женского пола), расстройств пищевого поведения, аффективных нарушений пограничного уровня и пограничных личностных расстройств [17, 19].

Аффективные расстройства. При анкетировании 1789 подростков было показано [30], что ранняя сексуальная инициация (до 15 лет) у девочек в большей степени связана с повышенным уровнем симптомов интернализации, к которым относятся, прежде всего, нарушения аффективного спектра. Опрос 15 231 респондентов показал, что вступление в половую жизнь раньше 18 является доказанным фактором риска развития депрессии у гетеросексуальных женщин (ОШ=1,66, 95 % ДИ=1,28-2,16) [33]. Исследование многотысячных выборок участников исследования с помощью полногеномного поиска ассоциаций (genome-wide association studies, GWAS) показало, что преждевременные половые сношения и большее количество сексуальных партнеров являются факторами риска развития тяжелого депрессивного расстройства. Некоторые формы аддиктивного поведения, особенно употребление табака, опосредовало этот эффект [18].

Суицидоопасное поведение. Изучению связи раннего вступления в половую жизнь и суицидного поведения было посвящено китайское исследование 9131 студента колледжа из 31 района [24]. Те, кто вступил во взрослые отношения раньше 15 лет, имели более высокие шансы суицидных попыток как в группе вынужденного дебюта (ОШ=17,04, 95%, ДИ 4,87-59,66), так и в группе добровольного дебюта (ОШ=37,63, 95% ДИ 14,96-94,66). Более склонны к суицидным попыткам были те, кто рано подвергся сексуальной инициации и проживал в сельской местности.

Несуицидные самоповреждения. Имеющиеся на сегодня исследования подтверждают связь раннего начала половой жизни и несуицидных самоповреждений. Данные общегеномного исследования (GWAS), охватившие 218 792 европейцев, позволили количественно оценить связь между возрастом вступления в половые отношения и наличием несуицидных самоповреждений (НС), а также изучить опосредующую роль депрессивного расстройства тяжелой степени, шизофрении и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в этом процессе. Показано, что ранняя половая инициация повышает риск развития НС (ОШ=0,60, 95% ДИ=0,54-0,66). Наличие тяжелого депрессивного расстройства опосредует 31% этого эффекта, а шизофрения 12% [9].

Ряд авторов к разновидностям способов самоповреждения, сопоставимых с порезами и ожогами, относит добровольное вступление в половые отношения с целью самонаказания. Анонимный онлайн опрос 197 подростков и лиц молодого

го возраста в Швеции выявил 3 основных аспекта феномена «секса для самонаказания»: 1) потребность в информации о самом явлении, его причинах; 2) потребность в профессиональной поддержке для таких пациентов; 3) помощь в поиске собственных границ и обретении самооценности, разбор глубинных проблем, травматического опыта и пр. [10].

Сексуальное здоровье. Неблагоприятный ранний опыт отрицательно влияет на последующее сексуальное здоровье. Исследование 3139 взрослых показало, что текущие проблемы в сексуальной и репродуктивной сферах являются у них следствием негативно оцениваемых ранних сексуальных событий [22].

В современной литературе обсуждаются разные психологические аспекты раннего сексуального дебюта. **Уровень самоконтроля** как фактор, влияющий на возраст половой инициации и возникновение рискованных форм сексуального поведения, был изучен с помощью опроса 5734 мужчин и женщин [19]. Примерно 17% респондентов были моложе 15 лет на момент первого полового акта. Выявлена связь между ранним возрастом сексуальной инициации с низким уровнем самоконтроля как у мужчин, так и женщин и рискованным сексуальным поведением в молодом возрасте.

Импульсивность. Поскольку раннее начало половой жизни относится к сексуально-рискованным формам поведения, актуальным является исследование уровня импульсивности. При всестороннем исследовании импульсивности (шкалы негативной и позитивной срочности, преднамеренности, настойчивости, поиска ощущений) у подростков, практикующих ранние знакомства с противоположным полом (109 мальчиков и 61 девочка 11-12 лет), установлено, что при более высоком уровне шкал «поиск ощущений» и «негативная срочность» знакомства и встречи со сверстниками другого пола отмечались раньше по сравнению с ситуацией, когда эти показатели были низкими. Женский пол и высшее образование родителей были связаны с меньшим риском начала отношений в раннем пубертатном возрасте [15].

В последнее время активно изучается **феномен сексуальной осознанности** как потенциально влияющий на психическое здоровье. Для изучения осознанности возраста начала сексуальных отношений в аспекте последствий для психического здоровья и сексуального поведения изучена выборка из 2379 гетеросексуальных лиц женского пола [28]. Выявлено, что ранний сексуальный дебют (до 15 лет) и раннее начало онлайн-знакомств (до 18 лет) были значительно связаны с показателями тревоги и депрессии [28]. Ранние онлайн-знакомства у девушек были ассоциированы с сексом без презерватива со случайными партнерами-мужчинами. Такая характеристика сексуальной осознанности, как внешняя привлекательность повышала риск раннего сексуального дебюта и ранних онлайн-знакомств, в то время как самоуверенность ассоциировалась с более низким риском обоих показателей. Тщательный мониторинг выявил склонность к развитию депрессии тяжелой степени у лиц с более ранним сексуальным дебютом.

В качестве новой формы сексуального дебюта в наше время рассматривается **секстинг** – отправка текстовых сообщений сексуального содержания или интимных фотографий, являющихся часто первым шагом к возникновению сексуаль-

ных отношений. Связь секстинга (добровольного или возникающего вследствие психологического давления) и рискованного поведения (употребление ПАВ, раннее сексуальное поведение) было исследовано у обучающихся средних школ в возрасте до 12 лет. 13,7% участников сообщали, что получали нежелательные сообщения (в т. ч. изображения), а 2,1% отправляли их сами под чьим-то давлением. Участники, имевшие ранние сексуальные контакты, сообщили о более высоком уровне оказываемого психологического давления. Часть респондентов, подвергшейся секстингу, сообщила также об употреблении ПАВ [29].

Заключение. Представленный в обзоре материал поможет клиницисту на основании выявленного факта ранней половой инициации выявить возможный спектр неблагоприятных факторов, оказавших влияние на пациента, оценить превалирующие личностные характеристики и риск развития возможных психических расстройств. Так как раннее начало половой жизни нередко сопряжено с различными формами рискованного поведения, то превентивные вопросы сексуального здоровья на приеме у врача могут быть полезны для предотвращения различных форм отклоняющегося поведения у подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. М.: Медицина. 1979. 184 с.

2. Исаев Д.Н., Микиртумов Б.Е., Богданова Е.И. Сексуальные проявления у детей – симптомы нервно-психических расстройств // Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста. М., МНИИ психиатрии, 1976. С. 83-86.

REFERENCES

1. Isaev D.N., Kagan V.E. Polovoe vospitanie i psikhogigiena pola u detej. M.: Mediczina. 1979. 184 s.

2. Isaev D.N., Mikirtumov B.E., Bogdanova E.I. Seksual'ny'e proyavleniya u detej – simptomy` nervno-psikhicheskikh rasstrojstv // Aktual'ny'e problemy` psikhiiatrii detskogo i podrostkovogo vozrasta. M., MNII psikhiiatrii, 1976. S. 83-86.

3. Adimora D.E., Onwu A.O. Socio-demographic factors of early sexual debut and depression among adolescents // Afr. Health Sci. 2019. Vol. 19. № 3. P. 2634–2644. URL: <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i3.39> (дата обращения: 10.02.2026).

4. Allen B. Childhood sexual behavior as a mediator of the relationship between sexual abuse and early sexual debut: a prospective analysis // Arch. Sex. Behav. 2025. Vol. 54. № 7. P. 2463–2473. URL: <https://doi.org/10.1007/s10508-025-03228-w> (дата обращения: 10.02.2026).

5. Bhochhibhoya S., Edison B., Baumler E. R., Markham C. M., Emery S. T., Peskin M. F., Shegog R., Addy R. C., Temple J. R., Reidy D. E. Abstinence beliefs in early adolescence and sexual risk behavior two years later // J. Adolesc. 2024. Vol. 96, № 7. P. 1684–1690. URL: <https://doi.org/10.1002/jad.12365> (дата обращения: 12.02.2026).

6. Boisvert I., Boislard M. A., Poulin F. Early sexual onset and alcohol use and misuse from adolescence into young adulthood // J. Adolesc. Health. 2017. – Vol. 61. № 4. P. 514–520. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.013> (дата обращения: 10.02.2026).

7. Clark D. A., Donnellan M. B., Durbin C. E., Nuttall A. K., Hicks B. M., Rob-

ins R. W. Sex, drugs, and early emerging risk: examining the association between sexual debut and substance use across adolescence // PLoS One. 2020. Vol. 15. № 2. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228432> (дата обращения: 12.02.2026).

8. Donaire Rapozero A. L., Perrotte G., Pozzolo Pedro M. O., Torales J., Ventriglio A., Castaldelli-Maia J. M. Substance use and early sexual initiation: a study among Brazilian school-aged adolescents // Int. Rev. Psychiatry. 2025. Vol. 37, № 6–7. P. 651–660. URL: <https://doi.org/10.1080/09540261.2025.2549792> (дата обращения: 17.02.2026).

9. Dong D., Saeed S., Chen R., Chen A., Zheng W. Investigating the mediating role of mental disorders in the relationship between early sexual intercourse and intentional self-harm: a two-step and multivariable Mendelian randomization study // Brain Behav. 2024. Vol. 14. № 12. URL: <https://doi.org/10.1002/brb3.70124> (дата обращения: 21.02.2026).

10. Fredlund C., Jonsson L. S. Perceived help and support for sex as self-injury: a qualitative study of a Swedish sample // Arch. Sex. Behav. 2023. Vol. 52. № 1. P. 149–160. URL: <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02437-x> (дата обращения: 21.02.2026).

11. Howard A. L., Pals S., Walker B., Benevides R., Massetti G. M., Oluoch R. P., Ogbanufe O., Marcelin L. H., Cela T., Mapoma C. C., Gonesse E., Msungama W., Magesa D., Kayange A., Galloway K., Apondi R., Wasula L., Mugurungi O., Ncube G., Sikanyiti I., Hamela J., Kihwele G. V., Nzuza-Motsa N., Saul J., Patel P. Forced sexual initiation and early sexual debut and associated risk factors and health problems among adolescent girls and young women // Violence Against Children and Youth Surveys, nine PEPFAR countries, 2007–2018 // MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2021. Vol. 70. № 47. P. 1629–1634. URL: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7047a2> (дата обращения: 23.02.2026).

12. Ihongbe T. O., Cha S., Masho S. W. Age of sexual debut and physical dating violence victimization: sex differences among US high school students // J. Sch. Health. 2017. Vol. 87. № 3. P. 200–208. URL: <https://doi.org/10.1111/josh.12485> (дата обращения: 23.02.2026).

13. Költő A., Winter K., Maloney R., Lunney L., Nicolaou C., Cosma A., de Looze M., Kelly C., Martin G. Cross-national trends in early sexual initiation among 15-year-old adolescents, 2002–2022 // Int. J. Public Health. 2025. Vol. 70. P. 1–13. URL: <https://doi.org/10.3389/ijph.2025.1607711> (дата обращения: 28.02.2026).

14. Kushal S. A., Amin Y. M., Reza S., Hossain F. B., Shawon M. S. R. Regional and sex differences in the prevalence and correlates of early sexual initiation among adolescents aged 12–15 years in 50 countries // J. Adolesc. Health. 2022. Vol. 70. № 4. P. 607–616. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.027> (дата обращения: 28.02.2026).

15. Kwon E., Aalsma M. C., Zapolski T. C. B., Monahan P. O., Hulvershorn L. Impulsivity as a predictor of early dating initiation in 11–12-year-old youth // Arch. Sex. Behav. 2023. Vol. 52. № 4. P. 1435–1443. URL: <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02495-1> (дата обращения: 25.02.2026).

16. Lee R. L. T., Yuen Loke A., Hung T. T. M., Sobel H. A systematic review on identifying risk factors associated with early sexual debut and coerced sex among

adolescents and young people in communities // J. Clin. Nurs. 2018. Vol. 27. № 3–4. P. 478–501. URL: <https://doi.org/10.1111/jocn.13933> (дата обращения: 25.02.2026).

17. Lei H., Xiong J., Rao Y., Zhu T., Zhang X. Relationships among self-esteem, depression and self-injury in adolescents: a longitudinal study // Front Public Health. 2024. Vol. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1406283> (дата обращения: 03.03.2026).

18. Lu Z., Sun Y., Liao Y., Kang Z., Feng X., Zhao G., Sun J., Zhang Y., Yue W. Identifying causal associations between early sexual intercourse or number of sexual partners and major depressive disorders: a bidirectional two-sample Mendelian randomization analysis // J. Affect. Disord. 2023. Vol. 333. P. 121–129. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.079> (дата обращения: 03.03.2026).

19. Magnusson B. M., Crandall A., Evans K. Early sexual debut and risky sex in young adults: the role of low self-control // BMC Public Health. 2019. Vol. 19. № 1. P. 1483. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7734-9> (дата обращения: 05.03.2026).

20. Moilanen K. L., Ni Y., Turiano N. A. U.S. college students' sexual risk behaviors before and during the early COVID-19 pandemic // J. Sex Res. 2024. Vol. 61. № 5. P. 750–766. URL: <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2246160> (дата обращения: 09.03.2026).

21. Muhammad T., Srivastava S., Kumar P., Patel S. K. What predicts the early sexual debut among unmarried adolescents (10–19 years)? Evidence from UDAYA survey, 2015–16 // PLoS One. 2021. Vol. 16. № 6. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252940> (дата обращения: 09.03.2026).

22. Peragine D. E., Skorska M. N., Maxwell J. A., Impett E. A., VanderLaan D. P. The risks and benefits of being “early to bed”: toward a broader understanding of age at sexual debut and sexual health in adulthood // J. Sex Med. 2022. Vol. 19, № 9. – P. 1343–1358. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.06.005> (дата обращения: 13.03.2026).

23. Reis L. F., Surkan P. J., Atkins K., Garcia-Cerde R., Sanchez Z. M. Risk factors for early sexual intercourse in adolescence: a systematic review of cohort studies // Child Psychiatry Hum. Dev. 2024. Vol. 55. № 6. P. 1677–1690. URL: <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01519-8> (дата обращения: 07.03.2026).

24. Ren J., Qi X., Cao W., Wang Z., Guo Y., Gaoshan J., Liang X., Tang K. Early sexual initiation is associated with suicide attempts among Chinese young people // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022. Vol. 19. № 7. P. 3966–3977. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph19073966> (дата обращения: 15.03.2026).

25. Smith L., Jacob L., López-Sánchez G. F., Grabovac I., Yang L., Pizzol D., Sigman A., McDermott D., Koyanagi A. A multicountry study of the violence-related risk factors for early sexual debut and risky sexual behavior in adolescents // J. Interpers. Violence. 2022. Vol. 37. P. 1275–1297. URL: <https://doi.org/10.1177/0886260520927502> (дата обращения: 15.03.2026).

26. Sprecher S., O'Sullivan L. F., Drouin M., Verette-Lindenbaum J., Willetts M. C. Perhaps it was too soon: college students' reflections on the timing of their sexual debut // J. Sex Res. 2022. Vol. 59. № 1. P. 39–52. URL: <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1885599> (дата обращения: 19.03.2026).

27. Strathearn L., Giannotti M., Mills R., Kisely S., Najman J., Abajobir A. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect // *Pediatrics*. 2020. Vol. 146. № 4. URL: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438> (дата обращения: 19.03.2026).

28. Trub L. R., Stewart J. L., Lomidze A., Lopez E., Starks T. J. Young adult women and sexual awareness in the digital age: examining pathways linking online dating debut and mindfulness with sexual and mental health // *Arch. Sex. Behav.* 2023. Vol. 52. № 7. P. 2859–2877. URL: <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02692-6> (дата обращения: 24.03.2026).

29. Van Ouytsel J., Lu Y., Temple J. R. An exploratory study of online early sexual initiation through pressured and unwanted sexting // *J. Sex Res.* 2022. Vol. 59. № 6. P. 742–748. URL: <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1963650> (дата обращения: 24.03.2026).

30. Wesche R., Kreager D. A., Lefkowitz E. S., Siennick S. E. Early sexual initiation and mental health: a fleeting association or enduring change? // *J. Res. Adolesc.* 2017. Vol. 27. № 3. P. 611–627. URL: <https://doi.org/10.1111/jora.12303> (дата обращения: 22.03.2026).

31. Zhang X., Liu Q., Wang X., Vasilenko S. A. Unpacking the impact of early adverse childhood experiences on early onset of sexual intercourse among an urban birth cohort of early adolescents // *J. Adolesc. Health*. 2023. Vol. 73. № 6. P. 1110–1116. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.07.010> (дата обращения: 26.03.2026).

32. Zito R. C., De Coster S. Family structure, maternal dating, and sexual debut: extending the conceptualization of instability // *J. Youth Adolesc.* 2016. Vol. 45. № 5. P. 1003–1019. URL: <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0457-7> (дата обращения: 26.03.2026).

33. Zou P., Li J., Chen L., Liu M., Zhang Y. The complex impacts of early sexual intercourse, biological sex, and sexual orientation on the risk of depression // *J. Affect. Disord.* 2025. P. 391. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119938> (дата обращения: 30.03.2026).

Z.A.Fedorova, Ya.A. Blizniuk, Yu.V. Khutoryanskaya, S.V. Grechanyi
EARLY SEXUAL EXPERIENCE AND ASSOCIATED MENTAL
DISORDERS IN ADOLESCENCE AND YOUNG AGE
(NARRATIVE REVIEW)

Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg).

Summary. The narrative review presents the results of data analysis on risk factors, frequency and consequences of early sexual initiation in adolescents (including mental disorders most often associated with early sexual initiation). It was revealed that early sexual debut is associated with an increased risk of developing depressive disorders, suicidal and nonsuicidal (especially in females) behaviors, eating disorders, borderline affective disorders, and borderline personality disorder.

Keywords: early sexual debut, risk factors for early sexual debut, early sexual debut and risky sexual behavior, early sexual debut and mental disorders, early adverse childhood experience, adolescent.

Н.Н. Таньков, Я.Н. Демидов

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ШКОЛЬНИКОВ,
СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ
РАССТРОЙСТВОМ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ**

Пензенский государственный университет (Пенза).

Резюме. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) значительно снижает успеваемость школьников, ухудшает их способность к социальному взаимодействию и эмоциональной регуляции, что обуславливает необходимость реализации особых подходов в образовании. В статье представлен анализ зарубежного опыта реализации психолого-педагогической поддержки школьников с ПТСР. Выводы указывают на эффективность школьной когнитивно-поведенческой терапии для обеспечения доступной психолого-педагогической поддержки, способствующей снижению социальной стигматизации школьников с ПТСР.

Ключевые слова: школьники с ПТСР, травмо-ориентированная когнитивно-поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая профилактика психотравм в школах, травмирующий опыт, психолого-педагогическая поддержка, психотерапия.

Введение. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой серьезную психологическую проблему для школьников, возникающую в результате воздействия травмирующих событий: жестокого обращения, стихийных бедствий, сексуального насилия или тяжелой утраты. По различным оценкам, распространенность ПТСР составляет 2%–6% в общей популяции и достигает 15%–20% среди групп высокого риска, таких как беженцы или пострадавшие от стихийных бедствий. Симптомы ПТСР проявляются в форме навязчивых воспоминаний, сверхбдительности, избегающего поведения, негативных изменений когнитивных процессов и настроения, что значительно нарушает развитие нервной системы, изменяя гиперактивность миндалевидного тела и созревание префронтальной коры. Все это приводит к трудностям в учебе (например, ухудшению концентрации внимания, обуславливающему снижение успеваемости и увеличение доли учащихся, бросивших школу или исключенных из нее), социальной изоляции, конфликтам со сверстниками и повышению риска возникновения сопутствующих расстройств: депрессии, тревожности, агрессии и злоупотребления психоактивными веществами [2, 4, 8].

Школьная среда, в которой дети проводят, как правило, более 30% своего времени, усиливает эти воздействия: перенесшие травму учащиеся до 25% чаще пропускают уроки, демонстрируют поведенческие расстройства, требующие мер дисциплинарного воздействия, и характеризуются сниженным уровнем исполнительных способностей, необходимых для обучения. Межличностные и хронические психотравмы приводят к особенно стойким проявлениям ПТСР, отличающим их от последствий единичных событий. Хотя клинические рекомендации предполагают применение доказательных методов лечения, различные барьеры – соци-

альная стигматизация, транспортные проблемы, неготовность родителей и нехватка врачей – снижают эффективность традиционного амбулаторного лечения, в результате чего доля пациентов, прекративших лечение, превышает 50% [1, 2, 8].

Увеличение зарубежных научных публикаций, посвященных психолого-педагогической поддержке школьников с ПТСР, подтверждает перспективность школьных профилактических программ. Однако сохраняются существенные проблемы: недостаточная адаптированность образовательных программ к хронической поливиктимизации; незначительное количество исследований, включающих малообеспеченные группы населения и выходцев из стран Азии, Африки и Ближнего Востока; необходимость интеграции с образовательными программами вузов, курсами повышения квалификации учителей и долгосрочными образовательными результатами, сводящимися не только к ослаблению симптомов ПТСР [6, 12, 16, 18].

В нашей статье мы рассматриваем школу как экосистему, ориентированную на реализацию массового, свободного от социальной стигматизации учебно-воспитательного процесса, субъектами которого являются все категории учащихся и междисциплинарные группы специалистов. Такой подход нацелен на преодоление недостатков в предоставлении образовательных услуг, развитие устойчивости педагогических систем и обеспечение равенства в образовании. Значимость исследования заключается в том, чтобы указать государственным деятелям, специалистам в сфере образования и медицинским работникам пути реализации научно обоснованных методов работы в условиях роста уровня психической травматизации населения в результате конфликтов, пандемий и климатических бедствий.

Целью исследования является анализ зарубежного опыта реализации психолого-педагогической поддержки школьников с ПТСР и выявление путей увеличения ее результативности.

Материал и методы. В процессе исследования применялась методика PRISMA, позволяющая выявить актуальные научные работы для системных обзоров и метаанализа [14, 15]. Поиск осуществлялся в зарубежных базах научных публикаций PubMed, PubMed Central и онлайн-базах данных (например, аналогах Google Scholar) с использованием запросов типа «educational interventions PTSD schoolchildren review» и «TF-CBT CBITS efficacy children». В выборку включались прошедшие рецензирование исследования (2000–2026 гг.), посвященные психолого-педагогической поддержке школьников 5–18 лет с ПТСР, рандомизированные контролируемые исследования, квазиэкспериментальные работы, аннотации на английском языке. Из более чем 2000 результатов поиска было отобрано 45 работ после проверки заголовка и аннотации, а также анализа текста публикации. Извлечение данных подразумевало выявление авторской методологии, объема выборки, типа психолого-педагогической поддержки (например, 10–20 сеансов когнитивно-поведенческой терапии), результатов исследования (по опросникам ПТСР, например, CAPS-5 и PCL-5) и эффективности терапии (на основании коэффициента g Хеджеса).

Результаты и обсуждение. В результате метаанализа в 45 исследованиях установлено, что когнитивно-поведенческая терапия в школах приводила к среднему и значительному ослаблению симптомов ПТСР. При этом итоговая

величина эффекта g Хеджеса составила 0,68 (уровень достоверности: 95%, доверительный интервал: 0,45–0,91) по сравнению с контрольной группой, ожидавшей лечения, и увеличивался до d Коэна=2,07–2,34 в аналитических исследованиях по протоколам оптимизированного лечения. Травмо-ориентированная когнитивно-поведенческая терапия, апробированная в шести рандомизированных контролируемых исследованиях с участием более 229 школьников в возрасте 7–17 лет (в основном подвергшихся насилию или жестокому обращению), показала краткосрочную величину эффекта g Хеджеса 0,97 ($p<0,001$), при этом у 76 % детей диагноз был снят после лечения, а показатели устойчивой ремиссии составили 68% через 12 месяцев наблюдения. Второстепенные результаты терапии включали снижение показателей депрессии на 45% и, по мнению учителей, улучшение работоспособности [3, 7, 10, 18].

Когнитивно-поведенческая профилактика психотравм в школах, апробированная в трех строго контролируемых исследованиях с участием более 126 учащихся городских средних школ (средний возраст 13,5 лет, различной этнической принадлежности, подверглись насилию), позволила добиться ослабления симптомов в среднем на 86% (по детской шкале ПТСР начальное среднее значение составляло 32,1, конечное – 4,5; $p<0,001$). Эффект оставался стабильным спустя шесть месяцев наблюдения (сохранение 82% достигнутых результатов) и сопровождался улучшением групповой сплоченности. Эффективность превысила 80% по сравнению с 20% в контрольной группе [17].

Травмо-ориентированные образовательные программы для школ, разработанные на основе 20 квазиэкспериментальных и рандомизированных контролируемых исследований (общее число участников свыше 3200), показали умеренный, но стойкий эффект: стандартизированная средняя разница -0,215 (уровень достоверности: 95%, доверительный интервал: от -0,38 до -0,05) в уровне одиночества и социальной изоляции, обусловленной ПТСР; значительное улучшение поведения (величина эффекта $d=0,42$ в отношении уменьшения количества отстранений от занятий) и рост посещаемости на 8–12%; однако непосредственное ослабление симптомов ПТСР было менее выраженным ($d=0,31$) без специальной терапии [1, 11].

Эпидемиологические данные указывают на распространенность ПТСР у 19,3% подростков, подвергшихся травмирующему воздействию, причем у девочек этот показатель в 1,5–2 раза выше (соотношение вероятностей 1,8), а значимых краткосрочных различий между результатами активного лечения и улучшенной стандартной помощи не наблюдается ($g=0,12$, $p=0,32$). Посредством анализа с модерацией выявлено, что психолого-педагогическая поддержка более эффективна при работе с межличностными травмами ($g=1,12$) чем психотравмами, полученными в результате природных катастроф ($g=0,55$). При этом психотерапевтические воздействия должны включать более 12 сеансов [2, 18].

Результаты исследования подтверждают, что основные компоненты когнитивно-поведенческой терапии – психообразование для нормализации реакций, приемы релаксации (например, дыхательные упражнения), длительное воздействие для ослабления травмирующих воспоминаний и когнитивная реструктуризация для коррекции дизадаптивных убеждений способствуют значительному

облегчению симптомов у школьников с ПТСР. Эти результаты согласуются с теорией экологических систем, в рамках которой школы считаются идеальными центрами реализации психолого-педагогической поддержки благодаря высокой посещаемости (91% случаев завершения курса когнитивно-поведенческой профилактики психотравм по сравнению с 15% в муниципальных поликлиниках) и возможности интегрировать поддержку в повседневную деятельность, тем самым сводя к минимуму социальную стигматизацию учащихся с ПТСР и снижение качества учебно-воспитательного процесса [1, 17].

Все это, с точки зрения практики, указывает на необходимость комплексной подготовки учителей к психолого-педагогической поддержке травмированных детей, включающей, например, методику оказания первой психологической помощи. Эта методика помогает обеспечить эмоциональную безопасность, предсказуемость и групповую поддержку с целью снижения уровня сверхбдительности и предотвращения избегающего поведения, снижающих концентрацию внимания и вовлеченность в учебный процесс. Включение родителей в процесс психолого-педагогического сопровождения значительно повышает его эффективность, поскольку семейная поддержка помогает закрепить навыки преодоления трудностей во внеурочное время [1, 5, 13].

Однако существует ряд методологических ограничений: многие исследования имеют небольшие однородные выборки (включающие, как правило, учащихся городских школ США) и высокую частоту отсева в контрольных группах, основывающиеся на подверженных субъективности самоотчетах или содержат только положительные результаты. Альтернативные методы, например, десенсибилизация и переработка движением глаз представляются перспективными, но для подтверждения их эффективности не хватает надежных рандомизированных контролируемых исследований на базе школ. В то же время междисциплинарные подходы, интегрирующие достижения психиатрии, остаются недостаточно изученными. Недостаточная исследованность ряда культурных и социально-экономических групп – незначительное количество исследований, включающих малообеспеченные слои населения и выходцев из стран Азии, Африки и Ближнего Востока, – ограничивает возможность экстраполяции научных выводов, особенно в случае получения психотравм в результате стихийных бедствий [2, 9, 16, 18].

Перспективными представляются масштабные рандомизированные контролируемые исследования, направленные на лечение хронического ПТСР с сопутствующими заболеваниями (например, депрессией), профилактические программы, адаптированные к культурным особенностям (например, для учащихся-беженцев), анализ экономической эффективности апробированных методик для обоснования массового внедрения результатов исследований и долгосрочное наблюдение за показателями успеваемости и симптомами ПТСР. Разработка гибридных моделей цифровых школ может повысить доступность психолого-педагогической поддержки в отдаленных районах [16].

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что школьники, страдающие от ПТСР, получают наиболее существенную пользу от структурированных, научно обоснованных психотерапевтических методов:

травмо-ориентированной когнитивно-поведенческой терапии и когнитивно-поведенческой профилактики психотравм в школах. Благодаря интеграции в образовательную среду эти методы способствуют ослаблению симптомов ПТСР на 68%–86 %, превосходя по эффективности традиционную клиническую помощь с точки зрения удержания пациентов и применимости в повседневной практике. Они не только помогают облегчить основные симптомы, например, вторгающиеся воспоминания, гипервозбуждение и избегание, но также позволяют улучшить успеваемость, отношения со сверстниками и стрессоустойчивость через реализацию психообразования, развитие необходимых умений и воздействие в рамках привычной школьной среды.

Для увеличения результативности психолого-педагогической поддержки учащихся с ПТСР руководство школ должно уделять приоритетное внимание обучению учителей и учебно-вспомогательного персонала методам работы с травмированными детьми для создания в классах атмосферы предсказуемости, эмпатии и безопасности. Значимым также является проведение занятий с родителями для укрепления преемственности между домом и школой в вопросах реализации стратегий преодоления трудностей. Руководители системы образования должны содействовать выделению необходимых ресурсов и специалистов, в том числе школьных психологов и цифровых средств обучения, для эффективной реализации программ психолого-педагогической поддержки в различных социально-экономических и культурных условиях, что включает необходимую помощь подросткам, страдающим от психотравм в уязвимых группах.

В заключение отметим преобразующий потенциал активной психотерапевтической деятельности: рассматривая школы не только как традиционные учебные заведения, но и лечебно-оздоровительные экосистемы, мы можем прервать межпоколенческий цикл психотравм, что позволит воспитать более здоровые поколения, готовые вносить вклад в развитие общества. Перспективными, на наш взгляд, являются многонациональные рандомизированные контролируемые исследования, ориентированные на оценку комплексных моделей психолого-педагогической поддержки при хроническом и сопутствующем ПТСР, выявление их экономического воздействия и изучение результатов реализации вспомогательных психотерапевтических методов в условиях школы (тренировки внимательности либо десенсибилизации и переработки движением глаз) для усовершенствования методик профилактики и лечения ПТСР, обеспечения массового внедрения результатов исследований и достижения высокой эффективности учебно-воспитательного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Al-Alawi K. Efficacy of Psycho-Educational Interventions on School Bullying in Social Isolation, Loneliness and PTSD Among Schoolchildren: A Systematic Review and Meta-Analysis / K. Al-Alawi, R. Eltayib, M. Al Saadoon, A. Alhaj, S. Aldhafri, S. Al-Adawi, M. Chan // Child: Care, Health and Development. 2025. Vol. 51 (2). doi: 10.1111/cch.70062.

2. Astitene K. Prevalence of posttraumatic stress disorder among adolescents in school and its impact on their well-being: a cross-sectional study / K. Astitene, A.

Barkat // Pan African Medical Journal. 2021. Vol. 39 (54). doi: 10.11604/pamj.2021.39.54.27419.

3. Cary C.E. The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth / C.E. Cary, J.C. McMillen // Children and Youth Services Review. 2012. Vol. 34 (4). P. 748–757. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.01.003.

4. Christoffersen M.N. Post-traumatic Stress Disorder in School-age Children: A Nationwide Prospective Birth Cohort Study / M.N. Christoffersen, A.A.E. Thorup // Journal of child & adolescent trauma. 2024. Vol. 17 (2). P. 139–157. doi: 10.1007/s40653-024-00611-y.

5. de Arellano, M.A. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence / M.A. de Arellano, D.R. Lyman, L. Jobe-Shields, P. George, R.H. Dougherty, A.S. Daniels, S.S. Ghose, L. Huang, M.E. Delphin-Rittmon // Psychiatric services. 2014. Vol. 65 (5). P. 591–602. doi: 10.1176/appi.ps.201300255.

6. Dorsey S. Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents / S. Dorsey, E.C. Briggs, B.A. Woods // Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2011. Vol. 20 (2). P. 255–269. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.006.

7. Hoppen T.H. Psychological Interventions for Pediatric Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis / T.H. Hoppen, L. Wessargues, M. Jehn, J. Mutz, A. Kip, P. Schlechter, R. Meiser-Stedman, N. Morin // JAMA Psychiatry. 2025. Vol. 82 (2). P. 130–141. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.3908.

8. Kataoka S. Responding to students with posttraumatic stress disorder in schools / S. Kataoka, A.K. Langley, M. Wong, S. Baweja, B.D. Stein // Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2012. Vol. 21 (1). P. 119–133. doi: 10.1016/j.chc.2011.08.009.

9. Kerbage H. Early Interventions to Prevent Post-Traumatic Stress Disorder in Youth after Exposure to a Potentially Traumatic Event: A Scoping Review / H. Kerbage, O. Bazzi, W. El Hage, E. Corruble, D. Purper-Ouakil // Healthcare. 2022. Vol. 10 (5). P. 818. doi: 10.3390/healthcare10050818.

10. Krüger-Gottschalk A. Effectiveness in routine care: trauma-focused treatment for PTSD / A. Krüger-Gottschalk, S.T. Kuck, A. Dyer, G.W. Alpers, A. Pittig, N. Morina, T. Ehring // European Journal of Psychotraumatology. 2025. Vol. 16 (1). doi: 10.1080/20008066.2025.2452680.

11. Maynard B.R. Effects of trauma-informed approaches in schools: A systematic review / B.R. Maynard, A. Farina, N.A. Dell, M.S. Kelly // Campbell Systematic Reviews: Better Evidence for a Better World. 2019. Vol. 15 (1-2). doi: 10.1002/cl2.1018.

12. Mendelson T. Brief report: Moving prevention into schools: The impact of a trauma-informed school-based intervention / T. Mendelson, S.D. Tandon, L. O'Brennan, P.J. Leaf, N.S. Ialongo // Journal of adolescence. 2015. Vol. 43 (1). P. 142–147. doi: 10.1016/j.adolescence.2015.05.017.

13. Morton B.M. Trauma-Informed School Programing: Applications for Mental Health Professionals and Educator Partnerships / B.M. Morton, A.A. Berardi // Journal of child & adolescent trauma. 2017. Vol. 11 (4). P. 487–493. doi: 10.1007/s40653-017-0160-1.
14. Page M.J. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews / M.J. Page, D. Moher, P.M. Bossuyt, I. Boutron, T.C. Hoffmann, C.D. Mulrow, L. Shamseer, J.M. Tetzlaff, E.A. Akl, S.E. Brennan, R. Chou, J. Glanville, J.M. Grimshaw, A. Hróbjartsson, M.M. Lalu, T. Li, E.W. Loder, E. Mayo-Wilson, S. McDonald, L.A. McGuinness, L.A. Stewart, J. Thomas, A.C. Tricco, V.A. Welch, P. Whiting, J.E. McKenzie // BMJ. 2021. Vol. 372 (160). doi: 10.1136/bmj.n160
15. Page M.J. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews / M.J. Page, J.E. McKenzie, P.M. Bossuyt, I. Boutron, T.C. Hoffmann, C.D. Mulrow, L. Shamseer, J.M. Tetzlaff, E.A. Akl, S.E. Brennan, R. Chou, J. Glanville, J.M. Grimshaw, A. Hróbjartsson, M.M. Lalu, T. Li, E.W. Loder, E. Mayo-Wilson, S. McDonald, L.A. McGuinness, L.A. Stewart, J. Thomas, A.C. Tricco, V.A. Welch, P. Whiting, D. Moher // PLoS Medicine. 2021. Vol. 18. (3). doi: 10.1371/journal.pmed.1003583.
16. Phung B. Potential challenges and future implications for trauma-informed approaches in schools / B. Phung // Frontiers in Education. 2022. Vol. 7. doi: 10.3389/educ.2022.1040980.
17. Program Profile: Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS). – URL: <https://crimesolutions.ojp.gov/ratedprograms/cognitive-behavioral-intervention-trauma-schools-cbits#8-0> (Accessed: 14.03.2026).
18. Rolfsnes E.S. School-based intervention programs for PTSD symptoms: a review and meta-analysis / E.S. Rolfsnes, T. Idsoe // Journal of traumatic stress. 2011. Vol. 24 (2). P. 155–165. doi: 10.1002/jts.20622.

N.N. Tankov, Ya.N. Demidov

PSYCHOEDUCATIONAL SUPPORT OF SCHOOLCHILDREN SUFFERING FROM POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: FOREIGN EXPERIENCE

Penza State University (Penza).

Summary. Post-traumatic stress disorder (PTSD) significantly impairs schoolchildren's academic performance, social functioning, and emotional regulation, necessitating tailored educational interventions. This article analyzes existing foreign research on school-based psychoeducational strategies for supporting schoolchildren with PTSD. Conclusions highlight the efficacy of school-delivered cognitive behavioral therapies for accessible, stigma-reducing psychoeducational support.

Keywords: PTSD schoolchildren, Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools, traumatic experience, psycho-educational support, psychotherapy.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ СМАРТФОНА НА ПСИХИКУ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» (Москва), ²ГКОУ Московской области для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Центр психолого-педагогической реабилитации, коррекции и образования «Ариадна» (Люберцы), ³ФГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет» (Томск).

Резюме. В научном обзоре представлены данные современных исследований, посвященных влиянию смартфонов на психическое развитие и головной мозг детей и подростков. Особое внимание уделено родительскому фактору (феномен «родительского мозга», техноференция, трансляция зависимости). Выявлена возрастная специфика: уязвимость структур белого вещества мозга в раннем детстве и изменения лимбической системы в подростковом возрасте. Описаны биологические механизмы: нарушение циркадных ритмов, нейровоспаление, снижение нейротрофического фактора мозга (BDNF), эпигенетические эффекты. Делается вывод о необходимости формирования цифровой гигиены и компетентности в семье и школе.

Ключевые слова: смартфон, дети, подростки, психическое здоровье, когнитивное развитие, родительское влияние, экранное время, циркадные ритмы, цифровая деменция, цифровая гигиена.

Введение. Современная эпоха характеризуется стремительным развитием технологий, которые существенно опередили эволюцию социальной и психо-биологической адаптации человека. С одной стороны, цифровые устройства предоставляют возможности для дальнейшего когнитивного развития посредством интерактивных образовательных платформ, с другой – существуют риски потенциального влияния на когнитивные функции (внимание, память и социально-эмоциональное развитие), особенно при чрезмерном или нерегулируемом использовании [24, 39]. Подобное противоречивое состояние в некоторой мере затрудняет понимание воздействия: ряд исследований показывает, что цифровые устройства могут как способствовать когнитивному развитию, так и усугублять проблемы развития в зависимости от контекста, содержания и продолжительности использования [18, 51]. Так, видеоигры ведут к улучшению визуально-пространственных способностей и когнитивной гибкости, образовательные платформы и приложения могут способствовать формированию логического мышления и навыков решения проблем [18]. Однако, длительное время, проведенное за экраном, тесно связано с дефицитом внимания, формирует снижение успеваемости и ведет к ослаблению способностей к социальному взаимо-

²Начало. Окончание см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2026 (26). № 3».

действию [24]. Высокая интенсивность аддиктивного использования экранов связана с суицидальным поведением и мыслями, а также с ухудшением психического здоровья [57]. И, более того, появился термин «цифровая деменция», смыслом которого является снижение когнитивных функций, связанное с зависимостью от смартфонов и Google. Данное состояние может потенциально усугублять имеющийся синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и обуславливать снижение памяти [42, 52].

Еще одним важным аспектом является то, что сотовый телефон, возникший как средство коммуникации, и пришедший ему на замену смартфон в контексте детского развития трансформировались в культурный, социальный и психологический артефакт и в определенной степени представляют суррогатный объект привязанности. При этом необходимо уточнить, что негативное влияние оказывает не само устройство, а тот контент, который поглощается потребителем, что еще более усугубляется круглосуточной доступностью смартфона при довольно легком обходе систем родительского контроля и многочасовыми погружениями в мир информации, которая не требует никаких усилий для умственного анализа.

Актуальность проблемы определяется статистическими данными. Так, в работе Е.И. Николаевой и М.Л. Исаченковой (2022) обнаружено, что число детей, получающих гаджет до 4 лет, за два года выросло в два раза. Более того, 53,7% детей из исследуемой выборки знакомятся с гаджетом до двух лет (!), а 4,5% детей получили гаджет до полугода. При этом 64,4% родителей признаются, что дают детям гаджет, чтобы отдохнуть от ребенка и только 11,4 % родителей используют обучающие приложения [1]. Исследование компании Mediascope в 2025 г. в городах России с населением больше 100 тыс. человек (выборка около 11,5 млн человек) установило, что в возрасте от 4 до 5 лет интернетом пользуются 90% детей, а обходить блокировки они умеют с раннего возраста: в группе от 4 до 5 лет 18% используют VPN сами или с помощью взрослых [33]. Очевидно, что складывается ситуация, когда гаджеты становятся неотъемлемой частью жизни еще до того, как созрели основные структуры мозга, и нужно учитывать, что большая часть родителей использует смартфон в качестве «цифровой няни».

Важно отметить, что эти данные отражают общемировые тенденции. Так, в обзоре [38] приведены данные опросов, выполненных в США, Австралии, Великобритании и странах ЕС, которые показывают, что родители, как правило, прибегают к цифровым устройствам, когда дети находятся в очень раннем возрасте, по различным причинам: образовательные цели, развлечение, занятие детей во время домашних дел, успокоение, избавление от скуки, облегчение приема пищи и сна. В общенациональном репрезентативном опросе в США к 2 годам 40% детей имели собственный планшет, а к 4 годам этот показатель увеличился до 58%. В ходе опроса 800 семей в Италии знакомство с цифровыми устройствами началось с грудного вскармливания, и 26% родителей разрешили своим детям самостоятельно пользоваться устройствами в возрасте от 0 до 2 лет, а для возрастной группы 3–5 лет этот процент возрастает до 62%. Кроме того, 35% родителей детей в возрасте от 0 до 2 лет делегировали задачу развлечения своих детей (например, чтение сказок) устройствам, а для возрастной группы 3–5 лет этот процент достигает 80%.

В литературе широко обсуждаются многочисленные риски регулярного использования мобильных устройств, что связано с их негативным воздействием на физическое, неврологическое, психологическое и социальное развитие. Существует множество доказательств того, что увеличение использования мобильных устройств детьми связано с сокращением продолжительности сна, поздним отходом ко сну, проблемами со сном, плохим качеством сна и плохим питанием. Кроме того, в сочетании с низким уровнем физической активности в детстве время, проведенное за экраном, увеличивает риск ожирения и депрессии. С другой стороны, использование мобильных устройств может иметь положительные эффекты, если потребляется соответствующий контент в присутствии родителей/опекунов ребенка. Это относится к высококачественным образовательным программам, предназначенным для предоставления возможностей обучения, но только для детей старше 2 лет [45].

Настоящий обзор представляет собой анализ данных, полученных в ходе последовательного анализа проблемы (РИНЦ, PubMed) и ставит целью консолидацию разрозненных эмпирических данных о негативном влиянии смартфона.

Влияние смартфона на родительство. Прежде чем оценивать влияние смартфона на ребенка, остановимся на явлении, получившем название «родительский» мозг, т. е. изменения в мозге родителя после рождения ребенка, чему посвящено довольно много исследований. Так, согласно обзору 2015 г. можно сделать вывод, что «материнский» мозг в большей степени настроен на автоматическую, эмоционально-гормональную реакцию на сигналы младенца, обеспечивая немедленную бдительность и мотивацию к заботе, а «отцовский» мозг в большей степени настроен на когнитивно-опосредованную реакцию, требующую понимания намерений и состояния младенца, и сильно зависит от практического опыта ухода [13]. Оба типа реагирования создают гибкую и адаптивную систему родительской заботы, обеспечивающую выживание и развитие ребенка. Более современные исследования показывают, что у матерей наблюдаются изменения в сером веществе: снижение объема серого вещества и толщины коры во время беременности, которые затрагивают сети, связанные с социальным познанием и эмпатией, что интерпретируется как «тонкая настройка» мозга для повышения материнской чувствительности к потребностям младенца. Часть этих изменений сохраняется до 2 лет [43]. Очевидно, что мозг женщины при таких изменениях крайне чувствителен к любым воздействиям, и это время самое ключевое для развития мозга ребенка. В этом контексте нужно отметить работу, выполненную в 2021 г., в которой представлены доказательства влияния смартфона на физиологические реакции матери и ее внимание к младенцу во время грудного вскармливания и общения лицом к лицу. Использование смартфона во время грудного вскармливания приводило к тому, что матери меньше смотрели на своих младенцев, при этом отмечалась более высокая электродермальная активность и усиление сердечного выброса матери, что может иметь последствия для когнитивного, эмоционального и социального развития младенцев [37].

Объединив эти данные, можно предложить гипотезу, что использование смартфона в критически важные, повторяющиеся моменты синхронного взаимодействия (взгляд, вокализация, прикосновения) может нарушить процесс, ко-

торый формирует и оптимизирует «родительский» контур мозга. Если эволюционно запрограммированные структурные изменения (снижение серого вещества) не подкрепляются качественным поведенческим опытом из-за цифрового отвлечения, это может привести к нарушению формирования родительских навыков, повышению родительского стресса и снижению чувствительности к сигналам ребенка, что будет усиливать вероятность нарушения формирования надежной привязанности у младенца.

В дальнейшем избыточное использование смартфона родителями также продолжает негативно влиять на детско-родительские отношения. Так, результаты исследования (дети 10–15 лет, $N=284$, средний возраст 12,23 года; 40,2% мальчиков) показали, что более частое использование родителями смартфонов в ситуациях совместного времяпрепровождения с детьми связано с более частыми проявлениями гнева и грусти у детей и более низким уровнем благополучия детей. Более частое использование родителями смартфонов также связано с более частым отказом детей от попыток привлечь внимание родителей, что также связано с более низким уровнем благополучия [47]. На корейской популяции было установлено, что по мере увеличения зависимости родителей от смартфонов эта зависимость не зависела от пола и возраста детей [50].

Также приведем основные выводы из обзора 2021 г.: использование родителями смартфонов в присутствии маленьких детей ассоциируется со снижением родительской чуткости (способности замечать и правильно интерпретировать сигналы ребенка) и отзывчивости (своевременности и адекватности реакций); негативный эффект в большей степени связан с глубокой поглощенностью родителей контентом на устройстве, когда их внимание надолго переключается с ребенка на гаджет, а не с кратковременными прерываниями общения («техноференцией»); в экспериментах, где родители переключались на смартфон (аналог парадигмы «неподвижного лица»), младенцы и маленькие дети демонстрировали признаки стресса, негативные эмоции и попытки вернуть внимание родителя, что схоже с реакцией на отсутствие эмоционального контакта; поскольку родительская чуткость – краеугольный камень формирования надежной привязанности и здорового социально-эмоционального развития ребенка. Потенциальное влияние смартфонов требует внимательного изучения [8]. Существуют указания на то, что частое и глубокое погружение родителей в смартфоны может нарушать тонкий процесс взаимодействия с маленьким ребенком. Однако для понимания долгосрочных последствий и разработки конкретных рекомендаций необходимы дальнейшие углубленные и лонгитюдные исследования.

Важным негативным прогностическим фактором является отсутствие контроля со стороны родителей над использованием детьми смартфонов ($t=-4,523$; 95% доверительный интервал [ДИ] $-7,32 - -1,72$) и более высокая склонность родителей к зависимости от смартфонов ($t=6,340$; 95% ДИ $0,23-0,44$), что предсказывает более высокую склонность к зависимости от смартфонов у маленьких детей. Ответственность родителей за предотвращение развития у детей зависимости от смартфонов должна начинаться с самого раннего возраста, когда дети начинают ими пользоваться [25].

Как отмечают авторы из Тайваня, факторы воспитания могут как смягчать,

так и значительно усиливать риски. В этом контексте вводится понятие «родительская эффективность в управлении использования смартфона» (parental efficacy in managing adolescent smartphone use – PEMASU), включающая три составляющие: 1) установление четких правил и границ (время, место) («Reactive Management»); 2) объяснение причин правил, открытый диалог (почему мы устанавливаем это время и место) («Proactive Management»); 3) мониторинг — контроль за скачиваемым контентом и активностью в сети. Если у ребенка выражены симптомы оппозиционно-вызывающего поведения, а у родителей наблюдаются депрессивные симптомы или стиль воспитания, лишенный теплоты, данный показатель снижается [10].

Воздействие в различные возрастные периоды. В работе 2025 г. предпринята попытка изучить связь между использованием смартфонов/планшетов и моторным развитием у детей в возрасте от 0 до 6 лет. Авторами отобрано 7 поперечных исследований ($N=1339$). В двух исследованиях показан возможный вред для развития крупной моторики, а большее время использования устройств и более ранний возраст первого контакта с ними ассоциировались с худшими результатами или задержками. Три исследования продемонстрировали пользу для развития мелкой моторики: более раннее начало использования или более высокая частота были связаны с лучшими показателями мелкой моторики (например, складывание кубиков), в то же время в двух исследованиях отмечен и потенциальный вред: так, более длительное использование было связано с худшей зрительно-моторной интеграцией и точностью мелкой моторики. Авторы отмечают, что распространенность и время использования устройств среди детей высоки и начинаются очень рано (в некоторых случаях до 6 месяцев), и приходят к выводам, что связь между использованием смартфонов/планшетов и моторным развитием является сложной и, вероятно, зависит от контекста, возраста начала, продолжительности и частоты использования. Существующие доказательства остаются ограниченными и неубедительными из-за методологических проблем (поперечный дизайн, небольшие выборки, зависимость от отчетов родителей, отсутствие контроля вмешивающихся факторов) [12].

В исследовании [5] фокус внимания был сосредоточен на периоде раннего возраста (0–78 месяцев), охватывающем период от рождения до дошкольного возраста и представляющем собой критическую фазу в развитии языка. Показано, что интерактивный и образовательный контент (обучающие приложения, игры) при соблюдении возрастных норм экранного времени может оказывать положительное влияние как на развитие речи (словарный запас), так и на исполнительные функции (рабочую память). Однако чрезмерное экранное время, особенно сверх рекомендованного, ассоциируется со снижением целостности структур белого вещества мозга, отвечающих за язык и когнитивный контроль. В качестве ключевого модератора авторы предлагают рассматривать взаимодействие с родителями и семейный контекст: качественное взаимодействие (совместный просмотр, обсуждение контента, вербальная поддержка) смягчает потенциальные негативные эффекты и усиливает пользу от экранного времени. Однако, когда родители отвлекаются на свои устройства, это негативно сказывается на детско-родительском взаимодействии и, как следствие, на развитии ребенка. Пассивное

время, к которому можно отнести работу телевизора в фоновом режиме или длительный просмотр развлекательного контента, ведет к негативным последствиям: задержка в развитии речи и грамотности, снижение навыков исполнительных функций (саморегуляция, внимание, рабочая память) и более слабое социально-эмоциональное развитие, включая эмоциональную лабильность. Чрезмерное и неконтролируемое экранное время, особенно с быстрым и отвлекающим контентом, коррелирует с трудностями концентрации внимания, что негативно влияет на усвоение языка и формирование когнитивного контроля.

Обзор 2024 г. охватывает возрастную группу с 5-10 лет и исследует связь между использованием смартфонов/планшетов и физической активностью и сном у детей. В работе была подтверждена обратная зависимость между использованием смартфонов, физической активностью и сном. С каждым дополнительным часом использования смартфона и планшета продолжительность сна в среднем сокращается на 11 минут, использование гаджета обуславливает худшее качество сна, в то же время дети, которые использовали смартфоны и планшеты меньше времени, были физически более активны [4].

В лонгитюдном исследовании детей ($N=4641$) в возрасте 9-10 лет с повторным наблюдением через 1 и 2 года выявлено, что большее время за экраном в возрасте 9-10 лет предсказывало более короткую продолжительность сна в 10-11 лет, и наоборот — меньше сна предсказывало большее использование экранов; к 11-12 годам эта связь ослабевала [60]. Симптомы экстернализации (агрессия, нарушение правил) в возрасте 10-11 лет были значимым прогностическим фактором для наличия проблем со сном в 11-12 лет, увеличения времени за экраном в 11-12 лет и усиления интернализирующих симптомов (тревога, депрессия) в 11-12 лет; симптомы интернализации предсказывали будущие проблемы с засыпанием и поддержанием сна, но обратная связь была менее выраженной. Так же авторами выявлена устойчивая структурная ковариационная сеть, включающая таламус, префронтальную кору и ствол мозга, особенности которой в возрасте 9-10 лет были связаны с экстернализирующим поведением в 10-11 лет, которое, в свою очередь, частично опосредовало связь с увеличением времени за экраном к 11-12 годам.

Наличие смартфона в возрасте 12 лет ($N=6739$) было связано с более высоким риском развития депрессии (отношение шансов [ОШ] 1,31; 95% ДИ 1,05–1,63), ожирения (ОШ 1,40; 95% ДИ 1,20–1,63) и недостатка сна (ОШ 1,62; 95% ДИ 1,46–1,79), по сравнению с отсутствием смартфона ($N=3849$), также более ранний возраст приобретения смартфона был связан с ожирением и недостатком сна. Среди 3486 подростков 13 лет, не имевших смартфона в возрасте 12 лет, у тех, кто приобрел смартфон в течение последнего года ($N=1546$), вероятность сообщения о психопатологии клинического уровня (ОШ 1,57; 95% ДИ 1,12–2,20) и недостатке сна (ОШ 1,50; 95% ДИ 1,26–1,77) была выше по сравнению с теми, кто не имел смартфона ($N=1940$), после учета исходного уровня психического здоровья и сна. Результаты оставались согласованными в нескольких анализах чувствительности [6].

Исследователи также отмечают рост ожирения и ухудшение качества сна, предполагая, что зависимость от смартфонов может быть новым фактором риска повышения артериального давления у подростков. Так, исследователями из

КНР среди подростков 12-15 лет ($N=2639$) выявлено, что у 16,2% (у 13,1% девочек и 18,9% мальчиков) выявлялась гипертония, а у 22,8% - зависимость от смартфона (22,3% девочек и 23,2% мальчиков) [61].

Исследование в Великобритании возрастной категории лиц 13-16 лет ($N=69$) о связи симптомов тревожности (Опросник генерализованного тревожного расстройства, GAD-7) и использования смартфонов (Краткая версия шкалы зависимости от смартфонов) показало, что среди тех, у кого были проблемы с использованием смартфонов, 44,4% демонстрировали симптомы тревоги от умеренной до тяжелой степени по сравнению с 26,4% тех, у кого проблем с использованием смартфонов не было, также наблюдалось усиление депрессии и бессонницы по мере увеличения их баллов по шкале PSU с течением времени [9].

В работе из Филадельфии были проанализированы данные подростков ($N=137$ в возрасте 16,5–18 лет): выявлена клиническая проблема, связанная с повышенной привязанностью к смартфонам у подростков, особенно у девочек, также рост тревожности и депрессии, у лиц с высокими баллами зависимости от смартфона [30].

Нейровизуализационные исследования (фМРТ) выявляют специфические изменения в функциональных связях (коннективности) между отделами мозга. В табл. № 1 представлены результаты исследований разных возрастных групп.

Результаты исследований подтверждают, что длительное экранное время начинает разрушительное влияние на базовую структурную организацию (белое вещество) и связанные с ней фундаментальные навыки, а в подростковом возрасте мишенью становится лимбическая система и сеть значимости (табл. 1), что ведет к риску аффективных расстройств. По мере взросления фокус негативного влияния смещается на сети высшего когнитивного контроля и саморегуляции, потенциально подрывая способность к глубокой концентрации и гибкому мышлению.

Одним из механизмов, реализующих негативное влияние смартфона, является электромагнитное излучение (ЭМП). В условиях острого воздействия ЭМП мобильного телефона (дозвон до абонента) у детей 6-13 лет выявлено, что при низком уровне излучения (менее 1 мкВ/см²) изменения электроэнцефалограммы (ЭЭГ) отмечаются лишь у детей моложе 10 лет и только в области мозга, наиболее близко расположенной к телефону. При высоком уровне излучения (100 мкВ/см²) изменения ЭЭГ наблюдаются не только у детей, но и у подростков, охватывают оба полушария и глубокие отделы мозга. После длительного (1-3 года) интенсивного пользования телефоном при высоком уровне ежедневной электромагнитной нагрузки у детей 7-10 лет отмечаются устойчивые локальные изменения ЭЭГ в наиболее часто облучаемой области мозга [2].

В 2018 г. было высказано предположение о влиянии излучения смартфона на траектории нейроразвития мозга детей посредством эпигенетических механизмов, включая метилирование ДНК, модификацию гистонов и регуляцию микроРНК (миРНК) [44]. В раннем детстве повышенная пластичность мозга (т. е. значительные изменения серого и белого вещества) в сочетании со структурной уязвимостью развивающейся нервной системы (т. е. незрелые кортикальные сети, более тонкие черепа) может вызывать адаптивные реакции, направленные на противодействие потенциальным последствиям воздействия радиочастотного электромагнитного излучения.

Таблица 1.

Специфические изменения в функциональных связях (коннективности) между отделами мозга, определяемые с помощью нейровизуализационные исследования (фМРТ) в зависимости от возраста

Исследуемая группа	Ключевые находки фМРТ	Потенциальные последствия
Дошкольники (N=47, 3-5 лет) с экранном временем выше рекомендуемого [22]	Снижение микроструктурной целостности проводящих путей белого вещества головного мозга, поддерживающих языковые навыки и навыки зарождающейся грамотности у детей дошкольного возраста.	Нарушение «проводящих путей» мозга. Может коррелировать с более низкими когнитивными навыками, включая освоение языка и грамотности.
Подростки (N=967, 9-13 лет), продольное исследование за 2 года [28]	Снижение целостности белого вещества в лимбических областях (например, поясной связке), важных для регуляции эмоций.	Усиление симптомов депрессии, возможно, из-за более короткого сна и худшей организации белого вещества в раннем подростковом возрасте
Подростки (N=69 9-13 лет) с симптомами депрессии и чрезмерным использованием [26]	Усиление функциональной связности в сети значимости и областях, участвующих в зрительной (например, латеральная затылочная кора) и мотивационной обработке (например, базальное ядро), увеличивается при чрезмерном использовании смартфонов и депрессивных симптомах.	Сеть значимости отвечает за переключение внимания между внешними стимулами и внутренними мыслями. Ее гиперактивность может приводить к повышенной отвлекаемости на уведомления телефона, затруднять концентрацию на учебе и усиливать сосредоточенность на негативных переживаниях.
Молодые взрослые с проблемным использованием (N=53, возраст 18-25 лет) [29]	Изменения в сети пассивного режима работы мозга (DefaultModeNetwork) и фронтопариетальной сети, связанных с самоконтролем и вниманием. Снижение вариабельности функциональных сетей.	Нейропластические изменения, при которых мозг адаптируется к постоянным цифровым стимулам, что потенциально снижает гибкость мышления и способность к глубокой концентрации.

Этот длительный и вредный стресс раннего детства (ELS), также называемый «технострессом», связан с усилением окислительного ответа, нарушением синаптической пластичности и нарушениями нейротрансмиссии и нейроэндокринной системы, лежащими в основе развития когнитивных и поведенческих аномалий. Учитывая, что ранний жизненный стресс, особенно материнский стресс в пренатальный и постнатальный периоды, может оказывать длительное воздействие на

физиологическое и психологическое здоровье потомства посредством эпигенетических механизмов [40, 41], одним из крупнейших популяционных исследований, изучающих связь воздействия мобильных телефонов только в пренатальный период, только в постнатальный период и комбинированного воздействия в пренатальный и постнатальный периоды с эмоциональными и поведенческими трудностями, является Датское национальное когортное исследование рождений [54]. Согласно этим данным, как пренатальное, так и постнатальное воздействие могут быть связаны с повышенным риском эмоциональных и поведенческих трудностей, оцененных у детей в возрасте 7 лет и 11 лет ($N=51190$). Высокие уровни излучения были связаны с худшими результатами в когнитивных областях развития, таких как решение проблем и личностно-социальная сфера. Низкий вес при рождении был связан с худшими результатами в областях моторного развития (крупная и мелкая моторика). Вполне вероятно, что очевидные задержки крупной моторики могут быть выявлены родителями и опекунами; однако области когнитивного развития требуют специализированного мониторинга. Таким образом, может возникнуть необходимость в мониторинге нейropsychического развития детей, у которых ожидается повышенный уровень радиочастотного электромагнитного излучения (например, в непосредственной близости от вышек сотовой связи и при наличии большого количества гаджетов в доме) [48].

Нейрохимические аспекты. Длительное воздействие синего света, излучаемого экранами, потенциально способно оказывать негативное влияние на циркадные ритмы, что также может влиять на нейрофизиологическое здоровье [19]. Нарушается секреция мелатонина, снижается качество сна и инициируется окислительный стресс. Эти нарушения ослабляют защитные антиоксидантные системы, такие как путь белка, известного как NRF2 (ядерный фактор эритроидного 2-связанного фактора 2) и его связанные мишени [7], которые играют ключевую роль в клеточном ответе на окислительно-восстановительный дисбаланс. Кроме того, излучение синего света может запускать нейроиммунные реакции, которые могут привести к структурным изменениям в мозге, включая снижение связи между миндалевидным телом и префронтальной корой [15, 56]. Фактически, согласно препринтному исследованию [7], в экспериментальном исследовании на мышах 30-дневного возраста, подвергавшихся воздействию вечернего синего света, наблюдалось усиление избегающего поведения по сравнению с теми, кто подвергался воздействию темноты или условий с пониженным содержанием синего света. Эти результаты показывают, что миндалина является ключевым интегратором эмоциональных реакций на синий свет окружающей среды, что в вечернее время в период полового созревания является потенциальным фактором риска развития аффективных расстройств.

Низкий уровень нейротрофического фактора мозга (BDNF) и чрезмерное воздействие экранного времени являются факторами риска нейрокогнитивных нарушений и ожирения у молодежи, однако взаимосвязь между временем, проведенным перед экраном, и уровнем BDNF остается неизвестной. Исследование 250 малоактивных подростков в постпубертатном периоде с ожирением (172 девочки, 78 мальчиков в возрасте $15,5 \pm 1,4$ года) впервые показало, что время, проводимое за экраном в развлекательных целях, обратно пропорционально

связано с уровнями BDNF в сыворотке крови. Обратная связь между временем, проводимым за экраном, и BDNF обусловлена в основном просмотром телевизора, что указывает на то, что тип экрана может иметь значение [17].

Длительное воздействие экранов на детей коррелирует с повышенным биологическим стрессом (ростом уровня кортизола) и более низкими показателями обучения и речи [20]. Кортизол является критически важным элементом, который синхронизирует циркадные ритмы организма с работой сердечно-сосудистой системы. Нарушение его естественного ритма (при стрессе, нарушении сна, сменной работе) вносит вклад в развитие и неблагоприятный исход широкого спектра сердечно-сосудистых заболеваний [34].

Недостаток сна напрямую провоцирует воспалительные процессы в мозге, повышая уровень провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6, TNF- α); также выявлено, что «вечерний» хронотип (Е-тип) сам по себе был ассоциирован с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов IL-1 β и IL-6, даже независимо от продолжительности сна: «совы» имеют более высокий фоновый уровень воспаления [59]. Однако в работе 2025 г. ($N=210$, возраст 18,7 (1,0) лет, 82 (39%) из которых были мужчинами) зависимость от смартфона отрицательно коррелировала с общим уровнем физической активности ($r=-0,18$; $p<0,01$). Физическая активность опосредовала связь между продолжительностью использования смартфона и зависимостью от него с провоспалительными маркерами (TNF- α , IL-6, CRP) [27].

При этом известно, что физическая активность, в зависимости от длительности и интенсивности, имеет важное модифицирующее воздействие на уровень провоспалительных цитокинов, вялотекущее воспаление в среднем возрасте является независимым фактором риска ухудшения когнитивных функций в более позднем возрасте. Из изученных маркеров ИЛ-6 и ФНО- α , по-видимому, являются более сильными предикторами когнитивных функций и их снижения, чем высокочувствительный С-реактивный белок (hs-CRP) [23].

Временной фактор экранного времени. Проведение за экраном более двух часов в день оказывает пагубное воздействие на рост и структуру мозга, особенно на когнитивный и тормозной контроль, концентрацию внимания, память, мышление и художественные способности [46, 51]. Именно эти фундаментальные способности лежат в основе человеческого интеллекта и способности к адаптации к непредсказуемым и динамичным событиям. Также эти качества необходимы в целенаправленной деятельности и принятии решений. Последствия негативного влияния на эти когнитивно-поведенческие функции могут сохраняться в раннем и среднем возрасте и повышать восприимчивость к ускоренной нейродегенерации в позднем взрослом возрасте, если мозговые цепи аномально сформированы до достижения зрелости [51].

Чрезмерное воздействие экранов (более семи часов в день) связано с проблемами развития в области двигательных навыков, пространственного восприятия, решения проблем и изучения языка. Дефицит в когнитивных и поведенческих способностях может быть результатом воздействия на зрителя динамичного телевидения в раннем детстве [3].

Более выраженные симптомы депрессии, тревоги и уровня стресса наблюдались у подростков, которые проводили за экраном от 4 до 6 часов в день и ≥ 6

часов в день по сравнению со сверстниками, проводившими за экраном менее 2 часов в день. Время, проведенное перед экраном, положительно коррелирует с симптомами депрессии, тревоги и стресса у подростков. Особое внимание следует уделить тем, кто проводит перед экраном более четырех часов в день [16].

Ключевым компонентом цепи вознаграждения, приводящим к проблемам злоупотребления психоактивными веществами у подростков и молодых людей, является толщина орбитофронтальной коры, которая значительно уменьшается у детей, подвергающихся воздействию экранного времени два часа и более в день, и у тех, кто подвергается воздействию семи часов и более. Студенты высших учебных заведений, которым не разрешалось использовать электронные устройства на занятиях, показали лучшие результаты на экзаменах, что демонстрирует долгосрочные последствия цифровых технологий для зрелости. Сообщается, что этот эффект может сохраняться годами. К долгосрочным последствиям относятся снижение долговременной памяти и ухудшение когнитивных способностей. Многие взрослые больше не практикуют самостоятельное аналитическое мышление; вместо этого они в значительной степени полагаются на технологии и смартфоны [31, 32].

S.V. Abramov^{1, 2}, I.S. Karaush^{1, 3}

SOME ASPECTS OF THE SMARTPHONE'S INFLUENCE ON THE PSYCHE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE³

¹V.P. Serbsky National Medical Research Centr for Psychiatry and Narcology (Moscow), ²State Educational Institution of the Moscow Region for children in need of psychological, pedagogical, and medical-social assistance, Center for Psychological and Pedagogical Rehabilitation, Correction, and Education «Ariadna» (Lyubertsy), ³Tomsk State Pedagogical University (Tomsk).

Summary. This scientific review presents data from contemporary research on the impact of smartphones on the mental development and brain of children and adolescents. Special attention is given to the parental factor (the phenomenon of the "parental brain," technoference, the transmission of addiction). Age-specific patterns are identified: vulnerability of white matter structures in early childhood and changes in the limbic system during adolescence. Biological mechanisms are described, including disruption of circadian rhythms, neuroinflammation, decreased BDNF, and epigenetic effects. Comorbid conditions (ASD, ADHD) and methodological limitations are discussed. The review concludes with the necessity of fostering digital hygiene and competence within the family and school environment.

Keywords: smartphone, children, adolescents, mental health, cognitive development, parental influence, screen time, circadian rhythms, digital dementia, digital hygiene.

³The beginning part. The final part see «Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2026 (26). № 3».

Д.Э. Новикова¹, Ю.А. Шулекина¹, И.П. Киреева²
**ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
И ФОРМИРОВАНИЕ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ
В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ**

¹ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», Институт психологии и комплексной реабилитации, ²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» (Москва).

Резюме. В статье рассматриваются современные трансформации образовательной среды, обусловленные цифровизацией, развитием экономики знаний и усилением требований к профессиональной гибкости выпускников. Цель исследования — выработать теоретически обоснованную модель влияния персонализированного обучения на развитие критического мышления. Методологическая база включает обзор теоретических подходов к персонализации и критическому мышлению, синтез существующих концептуальных рамок и формулировку концептуальной модели. Научная новизна состоит в интеграции педагогических, психологических и когнитивных подходов и в разработке модели механизмов влияния персонализации на формирование высших когнитивных компетенций. Практическая значимость — применение результатов для разработки образовательных программ, цифровых платформ и методических подходов, ориентированных на критическое мышление.

Ключевые слова: персонализированное обучение, критическое мышление, цифровизация образования, студентоцентрированное образование, автономия обучающегося, когнитивная нагрузка, образовательная среда.

Введение. Современные трансформации образовательной среды, обусловленные цифровизацией, развитием экономики знаний и усилением требований к профессиональной гибкости выпускников, актуализируют необходимость переосмысления традиционных подходов к обучению.

В условиях быстро меняющейся информационной среды особое значение приобретают навыки высокого уровня, включая критическое мышление, позволяющее анализировать информацию, оценивать альтернативные точки зрения и принимать обоснованные решения. В этой связи образовательные системы все чаще ориентируются на внедрение персонализированного подхода, предполагающего адаптацию содержания, темпа и траектории обучения к индивидуальным особенностям обучающихся [3, 8, 11, 16].

Персонализированное обучение рассматривается как один из ключевых инструментов повышения эффективности образовательного процесса, способствующий усилению вовлеченности, автономии и мотивации учащихся. Расширение использования цифровых образовательных платформ, адаптивных систем и искусственного интеллекта создает дополнительные возможности для реализации персонализации на качественно новом уровне.

Теоретические основы персонализированного обучения. Под персонализированным обучением понимают подход, при котором учитываются индивидуальные особенности учащегося (*когнитивные способности, темп усвоения материала, стили обучения*), выстраивается индивидуальная образовательная траектория, учащийся получает возможность влиять на содержание, методы и темп обучения.

Ключевые принципы персонализированного обучения включают *индивидуализацию* (адаптацию содержания под конкретного ученика), *гибкость* (возможность менять темп и последовательность изучения тем), *автономию* (предоставление учащемуся права выбора в образовательном процессе), *обратную связь* (регулярную оценку прогресса и корректировку траектории) и *релевантность* (связь учебного материала с реальными потребностями и интересами учащегося) — вместе они формируют целостный подход, направленный на максимальное раскрытие потенциала каждого обучающегося за счет учета его уникальных особенностей, целей и контекста обучения.

Современные цифровые технологии существенно расширяют возможности персонализации обучения за счет взаимосвязанных инструментов: цифровые образовательные платформы (Moodle, Google Classroom, «ЯКласс», «Учи.ру») позволяют создавать разноуровневые задания, отслеживать прогресс учащихся, предоставлять доступ к персонализированным материалам и организовывать интерактивное взаимодействие; адаптивные обучающие системы автоматически корректируют сложность заданий, выявляют пробелы в знаниях и прогнозируют образовательные результаты с помощью алгоритмов; искусственный интеллект анализирует большие данные об учебном процессе, строит индивидуальные образовательные траектории, создает чат-ботов для поддержки учащихся и автоматизирует проверку заданий с персонализированной обратной связью; а аналитика обучения (Learning Analytics) выявляет паттерны поведения учащихся, прогнозирует риски академической неуспеваемости и оптимизирует учебные программы на основе собранных данных — в совокупности эти технологии формируют замкнутый цикл непрерывного улучшения качества персонализированного образования.

Внедрение персонализированного обучения приводит к комплексному положительному эффекту [5]: повышается мотивация учащихся, поскольку обучение соответствует их интересам и потребностям; усиливается вовлеченность за счет интерактивных и адаптивных форматов, делающих процесс более захватывающим; развивается автономия — ученики учатся самостоятельно ставить цели, выбирать стратегии обучения и оценивать результаты; улучшаются академические показатели благодаря устранению пробелов в знаниях и фокусировке на зонах роста; формируется набор метакогнитивных навыков, включая способность рефлексировать над собственным процессом обучения; наконец, снижается уровень стресса — гибкий темп освоения материала в сочетании с адресной поддержкой минимизирует тревожность, связанную с образовательным процессом.

Вместе с тем, несмотря на значительный рост интереса к данной проблема-

тике, существующие исследования преимущественно сосредоточены либо на технологических аспектах персонализации, либо на ее влиянии на академическую успеваемость, в то время как влияние на развитие критического мышления остается недостаточно изученным [9, 14, 15].

Анализ научной литературы показывает, что проблема взаимосвязи персонализированного обучения и критического мышления носит фрагментарный характер. С одной стороны, критическое мышление традиционно рассматривается в рамках когнитивной и педагогической парадигмы как сложный интегративный процесс, включающий аналитические, оценочные и метакогнитивные компоненты. С другой стороны, персонализированное обучение описывается преимущественно через призму дидактических и технологических решений. Отсутствие интеграции этих подходов приводит к недостаточной разработанности теоретических механизмов, объясняющих, каким образом персонализация обучения может способствовать развитию критического мышления [9, 12].

Таким образом формируется исследовательский разрыв, заключающийся в отсутствии целостной теоретической модели, описывающей механизмы влияния персонализированного подхода на развитие критического мышления. Недостаточная проработанность данного аспекта ограничивает возможности эффективного внедрения персонализированных образовательных практик и снижает их потенциал в формировании ключевых когнитивных компетенций.

Целью настоящего исследования является разработка теоретически обоснованной модели влияния персонализированного обучения на развитие критического мышления. Для достижения поставленной цели решаются следующие **задачи**: систематизация понятийного аппарата исследования, анализ существующих теоретических подходов к пониманию персонализированного обучения и критического мышления, выявление ключевых механизмов их взаимосвязи, а также формулирование концептуальной модели, отражающей данное влияние.

Объектом исследования выступает образовательный процесс в условиях персонализации, а **предметом** — механизмы формирования критического мышления в рамках персонализированного обучения. В качестве теоретического предположения выдвигается **гипотеза** о том, что персонализированное обучение способствует развитию критического мышления за счет активации метакогнитивных, когнитивных и мотивационных механизмов, включая автономию обучающегося, оптимизацию когнитивной нагрузки и углубление процессов переработки информации.

Научная новизна исследования заключается в интеграции педагогических, психологических и когнитивных подходов к анализу персонализированного обучения, а также в разработке концептуальной модели, раскрывающей механизмы его влияния на развитие критического мышления. Предлагаемый подход позволяет перейти от описательного анализа к объяснению внутренних процессов, обеспечивающих формирование критического мышления в образовательной среде [7].

Теоретическая значимость исследования состоит в расширении пред-

ставлений о взаимосвязи персонализации обучения и развития когнитивных навыков высокого уровня, а практическая значимость — в возможности использования полученных результатов при разработке образовательных программ, цифровых платформ и методических подходов, ориентированных на формирование критического мышления.

Теоретико-методологические основы исследования. В отечественной педагогической литературе персонализированное обучение трактуется как один из ключевых трендов трансформации образования в условиях цифровизации, однако содержание самого понятия остается дискуссионным. Российские исследователи подчеркивают, что персонализацию нельзя сводить ни к традиционной индивидуализации, ни к дифференциации: в центре данного подхода находится не только учет особенностей обучающегося, но и признание его субъектной роли в проектировании собственного образовательного опыта. Именно поэтому в современных работах акцент делается на разграничении понятий «персонализация», «персонификация» и «кастомизация», поскольку их смешение методологически ослабляет исследование [8,10].

С учетом российских подходов персонализированное обучение в рамках настоящего исследования целесообразно понимать, как образовательный подход, обеспечивающий обучающемуся возможность выбора, управления собственной деятельностью, проявления индивидуальности и построения личного образовательного маршрута. В этом смысле персонализация охватывает как минимум несколько измерений: содержание обучения, организацию коммуникации, мотивационную поддержку, темп продвижения и вариативность траектории. Существенным структурным элементом персонализированного обучения выступают также «голос и выбор» обучающегося, то есть его реальное участие в принятии образовательных решений [1, 2].

Таким образом, в данной статье персонализированное обучение определяется как субъектно-ориентированный образовательный подход, предполагающий гибкую настройку содержания, темпа, способов и маршрута освоения знаний в соответствии с индивидуальными особенностями и целями обучающегося. Такое понимание позволяет рассматривать персонализацию не как частный технологический прием, а как особую педагогическую логику организации обучения [4].

Теоретические подходы к пониманию сущности критического мышления. В российской научной традиции критическое мышление рассматривается как междисциплинарный феномен, сформировавшийся на пересечении философии, психологии и педагогики. В современных обзорах подчеркивается, что критическое мышление не сводится к отдельной логической операции: оно включает анализ, интерпретацию, оценку, построение обоснованных выводов, а также рефлексию, самооценку и самоконтроль. Российские авторы также отмечают, что критическое мышление следует рассматривать как один из приоритетных образовательных результатов, особенно в контексте высшего образования и подготовки к деятельности в сложной информационной среде [10].

Для целей настоящего исследования критическое мышление целесообразно трактовать как интегративное качество личности, включающее когнитивный,

метакогнитивный, ценностно-установочный и поведенческий компоненты. Такая трактовка согласуется как с российскими теоретическими обзорами, где подчеркивается значимость рефлексии и осмысленного отношения к информации, так и с работами, рассматривающими критическое мышление в качестве основы студентоцентрированного образования и одного из важнейших результатов университетского обучения [7].

Следовательно, в логике статьи критическое мышление понимается не как отдельный «мягкий навык», а как сложная образовательная и личностная способность, обеспечивающая осмысленную работу с информацией, аргументированное суждение и ответственное принятие решений. Такая позиция особенно важна для теоретической статьи, поскольку позволяет анализировать влияние персонализированного обучения не на узкую учебную операцию, а на развитие более широкого когнитивного комплекса [3].

Философско-психологическое обоснование взаимосвязи персонализированного обучения и критического мышления. Взаимосвязь персонализированного обучения и критического мышления имеет глубокие философские и психологические основания. Она обусловлена эволюцией взглядов на природу человека, роль образования в его развитии, а также современными требованиями к подготовке личности в условиях информационного общества.

Персонализированное обучение опирается на философский персонализм — направление, которое рассматривает личность как высшую ценность культуры, а мир — как проявление личностной творческой активности. В начале XX века в России эту идею развивали Н.А. Бердяев, Н.О. Лосский [2; 3]. Они подчеркивали, что личность — это не просто индивид, а субъект, формирующийся в общении и взаимодействии с миром. Образование в этом контексте становится инструментом реализации личностного потенциала, а не просто передачей знаний.

Критическое мышление также имеет философские корни. Оно связано с идеями рационализма и Просвещения, где разум и способность к анализу провозглашаются ключевыми инструментами познания истины. Философы подчеркивали важность сомнения, систематического анализа и рефлексии в поиске достоверного знания. В современном контексте критическое мышление рассматривается как способ преодоления догматизма и способ формирования независимого взгляда на мир.

В психологии основой персонализированного обучения выступает субъектный подход, разработанный С.Л. Рубинштейном [11]. Субъект — это человек, реализующий свою человеческую сущность в мире через активность, инициативность и преобразующие возможности. Персонализированное обучение предполагает, что ученик становится субъектом своего образования: он самостоятельно проектирует траекторию обучения, выбирает цели и методы их достижения, а педагог выступает в роли наставника.

Критическое мышление с психологической точки зрения — это разумное рефлексивное мышление, сфокусированное на решении того, во что верить и что делать. Оно включает аналитические умения, поиск и критический анализ

информации, умение делать обоснованные выводы. Развитие критического мышления требует формирования таких качеств, как готовность к планированию, гибкость, настойчивость, готовность исправлять ошибки, осознание своих мыслительных процессов и поиск компромиссных решений.

Акцент на самостоятельности и ответственности. В персонализированном обучении ученик берет на себя ответственность за результаты обучения, что стимулирует развитие самодетерминации и самоактуализации. Это создает почву для критического мышления, так как критически мыслящий человек способен самостоятельно ставить вопросы, анализировать информацию и принимать решения, не опираясь слепо на авторитеты.

Учет индивидуальных особенностей. Персонализация учитывает когнитивные, эмоциональные и мотивационные особенности ученика. Это позволяет адаптировать задания и материалы так, чтобы они соответствовали уровню развития критического мышления конкретного обучающегося, стимулируя его к анализу и рефлексии.

Проблемное обучение и диалогичность. Персонализированное обучение часто включает элементы проблемного обучения и диалогов, где ученик сталкивается с неоднозначными ситуациями, требует поиска решений и обсуждения разных точек зрения. Это напрямую способствует развитию критического мышления, так как требует анализа, сравнения, оценки аргументов и формулирования обоснованных выводов.

Рефлексия и самооценка. В персонализированном обучении важную роль играет рефлексия — анализ собственных достижений, ошибок и способов деятельности. Рефлексия является ключевым компонентом критического мышления, позволяя человеку осмысливать свои мыслительные процессы и корректировать их.

Развитие метакогнитивных навыков. Персонализированное обучение способствует формированию умения управлять своим обучением: ставить цели, планировать, мониторить прогресс. Эти метакогнитивные навыки тесно связаны с критическим мышлением, так как включают осознание своих когнитивных процессов и их регуляцию.

В условиях информационного общества и экономики знаний критическое мышление становится неотъемлемой компетенцией. Персонализированное обучение позволяет адаптировать образовательный процесс под потребности ученика, включая развитие навыков анализа информации, отличия фактов от мнений, оценки надежности источников. Цифровые технологии, используемые в персонализированном обучении, расширяют возможности для практики критического мышления: работа с большими данными, онлайн-дискуссии, анализ цифровых ресурсов требуют развитых навыков критического анализа.

Таким образом, персонализированное обучение и критическое мышление взаимообусловлены: первое создает условия для развития второго, а второе является целевым ориентиром первого. Эта взаимосвязь опирается на философские идеи о ценности личности и роли разума, а также на психологические теории субъектности, самодетерминации и рефлексии.

Связь между персонализированным обучением и развитием критического мышления в российской литературе обосновывается прежде всего через категории субъектности, автономии, выбора и рефлексии. В работах по персонализации подчеркивается, что свобода выбора, возможность управлять собственной деятельностью и построение личного образовательного маршрута выступают не внешними организационными параметрами, а внутренними условиями взросления обучающегося как субъекта познания. В свою очередь исследования критического мышления показывают, что без развитой субъектной позиции, способности к самоанализу и интеллектуальной самостоятельности критичность мышления остается формальной [2].

Существенное значение имеет и студентоцентрированная логика образовательного процесса. Российские авторы связывают развитие критического мышления с переходом от репродуктивной модели обучения к интерактивным, диалоговым и проблемно-ориентированным форматам, в которых обучающийся не воспроизводит готовые знания, а анализирует, сопоставляет и аргументирует. В этом отношении персонализированный подход создает благоприятную среду для развития критического мышления, поскольку усиливает участие обучающегося в выборе способов деятельности, повышает его ответственность за результат и делает рефлексию встроенной частью образовательного процесса [4].

При этом российские исследования показывают и более важный для теоретической статьи нюанс: развитие критического мышления не обеспечивается автоматически за счет любой активной или проектной деятельности. Необходимы специальные организационные и педагогические условия, а также осмысленная настройка образовательной среды. Это особенно важно для персонализированного обучения: оно обладает значительным потенциалом, но становится ресурсом развития критического мышления только тогда, когда персонализация сочетается с рефлексивными практиками, аргументированным обсуждением, аналитической работой с информацией и педагогическим сопровождением [4].

Таким образом, философско-психологическая связь между персонализированным обучением и критическим мышлением носит не случайный, а закономерный характер. Персонализация усиливает субъектность, автономию, рефлексию и осмысленную познавательную активность; именно эти характеристики в российской научной традиции рассматриваются как ключевые предпосылки развития критического мышления. Следовательно, персонализированный подход может быть интерпретирован не только как средство адаптации обучения к индивидуальным особенностям, но и как важный ресурс формирования высших когнитивных компетенций [6].

Заключение. Исследование подтвердило закономерную взаимосвязь персонализированного обучения и развития критического мышления — она опирается на философские концепции персонализма (Н. А. Бердяев, Н. О. Лосский) [2, 3] и рационализма (Р. Декарт, И. Кант) [17], а также на психологические теории субъектности (С.Л. Рубинштейн) [13].

Современные трансформации образовательной среды — цифровизация, развитие экономики знаний и требования к профессиональной гибкости выпу-

скников — делают переход к персонализированным подходам особенно актуальным. В таких условиях критическое мышление становится ключевой компетенцией: оно позволяет работать с информацией в условиях неопределенности и быстро меняющихся реалий.

В ходе работы уточнены ключевые понятия:

персонализированное обучение осмыслено как субъектно-ориентированный подход, предполагающий гибкую настройку содержания, темпа и маршрута освоения знаний;

критическое мышление — как интегративное качество личности, объединяющее когнитивные, метакогнитивные, ценностные и поведенческие компоненты.

Персонализация обучения развивает критическое мышление через:

1. **автономию учащегося** (выбор и ответственность формируют осознанное отношение к обучению);

2. **подбор индивидуальных заданий** (стимулирует анализ и оценку информации вместо заучивания);

3. **рефлексию и обратную связь** (развивает метакогнитивные навыки и гибкость стратегий);

4. **работу с открытыми кейсами** (требует аргументации и проверки гипотез);

5. **связь с реальными проблемами** (мотивирует анализировать контекст и выявлять причинно-следственные связи).

Таким образом, персонализированное обучение не просто повышает академическую эффективность, но и целенаправленно формирует критическое мышление как основу для успешной адаптации в современном мире. Полученные результаты подчеркивают необходимость дальнейшего внедрения и методической поддержки персонализированных образовательных практик, а также разработки инструментов оценки динамики развития критического мышления в условиях индивидуализированного учебного процесса.

Перспективным направлением дальнейших исследований может стать изучение долгосрочных эффектов персонализации на когнитивное развитие учащихся, а также оптимизация цифровых инструментов (адаптивных платформ, ИИ-ассистентов) для целенаправленного стимулирования критического анализа и рефлексии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бороненко Т.А., Федотова В.С. Развитие персонализированного обучения будущих педагогов через генерацию курсов с использованием искусственного интеллекта // МНКО. 2024. № 4 (107). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-personalizirovannogo-obucheniya-buduschih-pedagogov-cherez-generatsiyu-kursov-s-ispolzovaniem-iskusstvennogo-intellekta> (дата обращения: 16.04.2026).

2. Замошанский И.И., Конашкова А.М., Пырьянова О.А. Технология развития критического мышления как средство актуализации учебного процесса по философии // Общество: философия, история, культура. 2021. № 2 (82). URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologiya-razvitiya-kriticheskogo-myshleniya-kak-sredstvo-aktualizatsii-uchebnogo-protsessa-po-filosofii> (дата обращения: 16.04.2026).

3. Корешникова Ю.Н. Развитие критического мышления в современном российском обществе: что дает университет? // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2019. № 6. doi: 10.14515/monitoring.2019.6.06.

4. Корешникова Ю.Н., Фрумин И.Д., Пащенко Т.В. Организационные и педагогические условия формирования навыка критического мышления у студентов российских вузов // Университетское управление: практика и анализ. 2021. Т. 25. № 1. С. 5–17. doi: 10.15826/umpra.2021.01.001.

5. Лопанова Е.В., Савина Н.В. Соотношение понятий персонализация, персонификация и кастомизация образования // Проблемы современного педагогического образования. 2021. № 72-4. С. 181–184.

6. Петровский В.А. Системно-деятельностный подход к личности: концепция персонализации // Психология развивающейся личности, М.: Педагогика, 1987. 238 с.

7. Подымова Л.С., Полякова Я.Ю., Чуприянова О.В. Содержание понятия «персонализированное обучение»: к проблеме исследования // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Проблемы высшего образования. 2021. № 2. С. 78–81.

8. Поздняков М.В. Критическое мышление: его сущность и присутствие в образовательных программах российских вузов // Вестник Томского государственного университета. 2023. № 492. С. 68–75. doi: 10.17223/15617793/492/8.

9. Позднякова Г.А. Критическое мышление как интегративное свойство личности студента университета // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. 2014. № 4 (24). С. 208–213.

10. Рожкова А.В. Обзор научных теорий формирования критического мышления в исследованиях российских и западных ученых // Мир науки. Педагогика и психология. 2023. Т. 11. № 5.

11. Савина Н.В. Методологические основы персонализации образования // Наука о человеке: гуманитарные исследования. 2020. Т. 14. № 4. С. 82–90. doi: 10.17238/issn1998-5320.2020.14.4.10.

12. Сапук Т.В. Развитие критического мышления как базис студентоцентрированного образования // Russian Journal of Education and Psychology. 2014. № 9 (41). С. 202–216.

13. Сафонова М.А., Сафонов А.А. Персонализация образования в России // Педагогика. 2020. Т. 84. № 11. С. 5–14.

14. Соболев Т.В. Философское образование как фактор формирования критического мышления в контексте международного образовательного пространства // Молодой ученый. 2016. № 14 (118). С. 598–601.

15. Суханова Н.П. Критическое мышление в системе университетского образования: сценарии внедрения // Вестник Омского университета. 2021. Т. 26.

№ 4. С. 57–61.

16. Шулекина Ю.А., Кожалиева Ч.Б., Киреева И.П. Образовательные возможности как платформа образовательной инклюзии // Проблемы современного педагогического образования. 2016. № 52-3. С. 335-345.

REFERENCES

1. Boronenko T.A., Fedotova V.S. Razvitie personalizirovannogo obucheniya budushhikh pedagogov cherez generaciyu kursov s ispol'zovaniem iskusstvennogo intellekta // MNKO. 2024. # 4 (107). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-personalizirovannogo-obucheniya-budushih-pedagogov-cherez-generatsiyu-kursov-s-ispolzovaniem-iskusstvennogo-intellekta> (data obrashheniya: 16.04.2026).

2. Zamoshhanskij I.I., Konashkova A.M., Py'r'yanova O.A. Tekhnologiya razvitiya kriticheskogo my'shleniya kak sredstvo aktualizacii uchebnogo processa po filosofii // Obshhestvo: filosofiya, istoriya, kul'tura. 2021. # 2 (82). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologiya-razvitiya-kriticheskogo-myshleniya-kak-sredstvo-aktualizatsii-uchebnogo-protssesa-po-filosofii> (data obrashheniya: 16.04.2026).

3. Koreschnikova Yu.N. Razvitie kriticheskogo my'shleniya v sovremennom rossijskom obshhestve: chto daet universitet? // Monitoring obshhestvennogo mneniya: e'konomicheskie i soczial'ny'e peremeny'. 2019. # 6. doi: 10.14515/monitoring.2019.6.06.

4. Koreschnikova Yu.N., Frumin I.D., Pashhenko T.V. Organizacionny'e i pedagogicheskie usloviya formirovaniya navy'ka kriticheskogo my'shleniya u studentov rossijskikh vuzov // Universitetskoe upravlenie: praktika i analiz. 2021. T. 25. # 1. S. 5–17. doi: 10.15826/umpa.2021.01.001.

5. Lopanova E.V., Savina N.V. Sootnoshenie ponyatij personalizacziya, personifikacziya i kastomizacziya obrazovaniya // Problemy` sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. 2021. # 72-4. S. 181–184.

6. Petrovskij V.A. Sistemno-deyatel'nostny`j podkhod k lichnosti: koncepcziya personalizaczii // Psikhologiya razvivayushhejsya lichnosti, M.: Pedagogika, 1987. 238 s.

7. Pody'mova L.S., Polyakova Ya.Yu., Chupriyanova O.V. Soderzhanie ponyatiya «personalizirovannoe obuchenie»: k probleme issledovaniya // Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Problemy` vy'sshego obrazovaniya. 2021. # 2. S. 78–81.

8. Pozdnyakov M.V. Kriticheskoe my'shlenie: ego sushhnost` i prisutstvie v obrazovatel'ny'kh programmakh rossijskikh vuzov // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. 2023. # 492. S. 68–75. doi: 10.17223/15617793/492/8.

9. Pozdnyakova G.A. Kriticheskoe my'shlenie kak integrativnoe svojstvo lichnosti studenta universiteta // Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta. Seriya: Psikhologo-pedagogicheskie nauki. 2014. # 4 (24). S. 208–213.

10. Rozhkova A.V. Obzor nauchny'kh teorij formirovaniya kriticheskogo my'shleniya v issledovaniyakh rossijskikh i zapadny'kh ucheny'kh // Mir nauki.

Pedagogika i psikhologiya. 2023. T. 11. # 5.

11. Savina N.V. Metodologicheskie osnovy` personalizaczii obrazovaniya // Nauka o cheloveke: gumanitarny`e issledovaniya. 2020. T. 14. # 4. S. 82–90. doi: 10.17238/issn1998-5320.2020.14.4.10.

12. Sapukh T.V. Razvitie kriticheskogo my`shleniya kak bazis studentocentrirovannogo obrazovaniya // Russian Journal of Education and Psychology. 2014. # 9 (41). S. 202–216.

13. Safonova M.A., Safonov A.A. Personalizaczia obrazovaniya v Rossii // Pedagogika. 2020. T. 84. # 11. S. 5–14.

14. Sobol` T.V. Filosofskoe obrazovanie kak faktor formirovaniya kriticheskogo my`shleniya v kontekste mezhdunarodnogo obrazovatel`nogo prostranstva // Molodoj ucheny`j. 2016. # 14 (118). S. 598–601.

15. Sukhanova N.P. Kriticheskoe my`shlenie v sisteme universitetskogo obrazovaniya: sczenarii vnedreniya // Vestnik Omskogo universiteta. 2021. T. 26. # 4. S. 57–61.

16. Shulekina Yu.A., Kozhalieva Ch.B., Kireeva I.P. Obrazovatel`ny`e vozmozhnosti kak platforma obrazovatel`noj inklyuzii // Problemy` sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. 2016. # 52-3. S. 335–345.

D.E. Novikova¹, Ju. A. Shulekina¹, I. P. Kireeva²
PERSONALIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS
AND THE FORMATION OF CRITICAL THINKING
IN THE CONDITIONS OF TRANSFORMATION
OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT

¹**Moscow City University, Institute of Psychology and Complex Rehabilitation,**

²**Russian National Research Medical University (Pirogov University) (Moscow).**

Summary. The article discusses the current transformations of the educational environment, which are caused by digitalization, the development of the knowledge economy, and the increased requirements for the professional flexibility of graduates. The purpose of the study is to develop a theoretically substantiated model of the influence of personalized learning on the development of critical thinking. The methodological framework includes a review of theoretical approaches to personalization and critical thinking, a synthesis of existing conceptual frameworks, and the formulation of a conceptual model. The scientific novelty lies in the integration of pedagogical, psychological, and cognitive approaches and the development of a model of the mechanisms of personalization's influence on the formation of higher cognitive competencies. The practical significance of the study lies in the application of the developed model to the field of education.

Keywords: personalized learning, critical thinking, digitalization of education, student-centered education, learner autonomy, cognitive load, and educational environment.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здо-
ровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, пси-
хологии, 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 15.06.2026 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