

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2024 (24), №4

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

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

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

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2024

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

Редакционная коллегия:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

А.А. Резаков, С.В. Гречаный НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ВЕДУЩЕЙ ЖАЛОБОЙ НА СНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ.....	4
И.В. Полякова СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКА.....	17
С.А. Игумнов, В.А. Карпиевич ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДЕОИГР С УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬЮ ЖИЗНЬЮ, УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И КОЛИЧЕСТВОМ ИГРОВОГО ВРЕМЕНИ У ДЕВУШЕК И ЮНОШЕЙ «ПОКОЛЕНИЯ Z».....	26
О.Ю. Кочерова, О.М. Филькина, А.В. Бобошко, Е.А. Воробьева, Н.В. Долотова ЧАСТОТА И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ 15-17 ЛЕТ С РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ.....	35
М.В. Сиян, Т.А. Лыкова, А.В. Петракова ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СТРЕССА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ АКТЕРСКОМУ МАСТЕРСТВУ.....	45
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
Н.Е. Кравченко, О.А. Суегина, А.Г. Головина К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	54
Е.В. Тимошков, Т.А. Кудра, Р.А. Грицкевич, Е.П. Шарина КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ УЧАЩИХСЯ СТАРШЕЙ ШКОЛЫ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ.....	64
Н.А. Шмойлова ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	73
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
Р.К. Айтжанова, А.Е. Ролланова ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВОПРОСАМ ЭТИОЛОГИИ АУТИЗМА.....	83
В.М. Ганузин, А.С. Фатгахова АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВИКТИМИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ.....	96
Т.Д. Шевеленкова, М.М. Сальникова МЕТОДИКА «ИСТОРИЯ МОЕГО ТЕЛА» КАК КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ТЕЛУ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ (ЧАСТЬ 1).....	111
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	126

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

A.A. Rezakov, S.V. Grechany

NOSOLOGIKAL AND PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF CHILDRENS DAY
PSYCHIATRIC HOSPITAL PATIENTS WITH A LEADING LOW MOOD COMPLAINTS..... 4

I.V. Polyakova

THE STRUCTURE OF RISK FACTORS FOR THE FORMATION OF BORDERLINE
NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS IN ADOLESCENTS..... 17

S.A. Igumnov, V.A. Karpievich

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN VIDEO GAME ADDICTION
AND LIFE SATISFACTION, SUBSTANCE USE, AND GAME TIME IN «GENERATION Z»
GIRLS AND BOYS..... 26

O.Yu. Kocherova, O.M. Filkina, A.V. Boboshko, E.A. Vorobyeva, N.V. Dolotova

FREQUENCY AND GENDER FEATURES OF NEUROTIC DISORDERS IN TEENAGERS
AGED 15-17 WITH VARIOUS SEVERITY OF INTERNET-ADDICTION..... 35

M.V. Siyan, T.A. Lykova, A.V. Petrakova

EXPERIENCE OF STRESS IN THE PROCESS OF ACTING TRAINING..... 45

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

N.E. Kravchenko, O.A. Suetina, A.G. Golovina

ON THE ISSUE OF MECHANISMS OF DEVELOPMENT AND TREATMENT
OF PSYCHOTIC STATES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ONCOLOGICAL
PATHOLOGY..... 54

E.V. Timoshkov, T.A. Kudra, R.A. Gritskevich, E.P. Sharina

CORRECTION OF AGGRESSIVE STATES OF HIGH SCHOOL STUDENTS USING
PHYSICAL EDUCATION..... 64

N.A. Shmoylova

VALUE ATTITUDE TO HEALTH AS A FACTOR OF PERSONALITY DEVELOPMENT
IN ADOLESCENCE..... 73

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

R.K. Aitzhanova, A.E. Rollanova

THEORETICAL REVIEW OF LITERATURE ON THE ETIOLOGY OF AUTISM..... 83

V.M. Ganuzin, A.S. Fattakhova

ANALYSIS OF MODERN SCIENTIFIC LITERATURE ON VICTIMIZATION OF CHILDREN
AND ADOLESCENTS IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT..... 96

T.D. Shevelenkova, M.M. Salnikova

THE «MY BODY STORY» METHOD AS A QUALITATIVE STUDY OF THE ATTITUDE
TOWARDS THEIR OWN BODY OF TEENAGE GIRLS SUFFERING FROM ANOREXIA
NERVOUS (PART 1) 111

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 126

УДК 616-009

А.А. Резаков, С.В. Гречаный

**НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА С ВЕДУЩЕЙ ЖАЛОБОЙ НА СНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ**
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет (Санкт-Петербург).

Резюме. Рост депрессивных расстройств у детей и подростков во всем мире заставляет задуматься об их этиологии и более четких критериях диагностики, что влияет на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, реабилитационный потенциал и дальнейший прогноз имеющихся нарушений. Однако не все случаи сниженного настроения у детей и подростков следует относить к истинным депрессивным расстройствам, они могут иметь различное происхождение, определяться социальной средой и воспитанием, гендерными и возрастными факторами, преморбидными личностными особенностями. В статье приводится анализ нозологической и психометрической характеристики пациентов детского дневного психиатрического стационара с ведущей жалобой на сниженное настроение. Показаны гендерные различия по эмоциональным нарушениям, выявлены первичные аффективные расстройства с их дифференциацией от сходных гипотимических состояний иного генеза.

Ключевые слова: дети и подростки, депрессивные расстройства, нозологическая характеристика и психометрическая оценка.

Введение. Мировые исследования последних десятилетий констатируют неуклонный рост распространенности депрессии у подростков. Так, крупный метаанализ 2022 г. по материалам шести ведущих баз данных показал, что распространенность депрессивных симптомов среди подростков в мире увеличилась с 24% в период 2001-10 гг. до 37% в период 2011-2020 гг. [10]. Депрессии у подростков признаны серьезной проблемой в силу их высокой распространенности, негативного влияния на качество жизни, высокого риска развития аффективных расстройств в более старшем возрасте [6, 7, 8].

Однако содержательный анализ современных публикаций по затронутой теме свидетельствует, что понятие «депрессия» оценивается большинством авторов весьма эклектично. Скорее всего, под ним понимается любое гипотимическое состояние («плохое настроение»), выявленное на основании самооценки респондента и без учета таких важных диагностических критериев, как психопатологическая структура аффекта, его преобладающей разновидности, характер течения состояния (в частности, критерий кратковременности/устойчивости), сопутствующий интеллектуальный статус пациентов, семейный аспект и др. Расширительному пониманию подростковой депрессии способствуют, по-видимому, наличие в ее клинической картине когнитивных,

делинквентных, вегетативных и пр. возрастных эквивалентов, что крайне важно учитывать в случае атипичного или скрытого характера расстройства. Особенно заметно это становится при взаимодействии личности подростка с требованиями социальной среды и школы. Ряд авторов подчеркивает возможность развития у детей младшего школьного и пубертатного возраста (8-13 лет) так называемых дидактогенных депрессий, тесно связанных со школьным фактором, синонимом этого состояния может быть «школьный невроз», «школьная фобия» [2]. Тенденции в увеличении количества случаев депрессивных нарушений у детей и подростков, по-видимому, не всегда точно отражают наличие истинных депрессивных проявлений. Во-первых, для истинной оценки масштабов распространенности депрессий, очевидно, необходимы не только данные, полученные на основе скринингового опроса, то есть субъективного видения проблемы респондентами, но и результат объективного осмотра пациентов. Во-вторых, необходим более строгий подход к диагностике депрессивных состояний у подростков, принимающий во внимание психопатологическую специфику аффективных расстройств и необходимость дифференциации их от внешне сходных состояний, что и определило актуальность настоящего исследования.

Цель – клинико-психопатологическая и психометрической оценка подростков-пациентов детского дневного психиатрического стационара, обратившихся с ведущей жалобой на сниженное настроение, для уточнения нозологической принадлежности и проведения дифференциальной диагностики.

Критерии включения: жалобы на сниженное настроение в течение более 2 недель большую часть времени в течение дня; 2) жалобы на трудности взаимоотношений со сверстниками, родителями, учителями в течение 2 недель и более. В перечень критериев включения не вошли такие жалобы, как утрата прежних интересов и способности получать удовольствие и повышенная утомляемость, однозначно квалифицировавшие состояние пациентов как депрессивный эпизод, что противоречило бы целям исследования.

Критерии невключения: 1) эпилепсия или эпилептиформный синдром; 2) диагноз «Шизофрения» (F20); 3) диагноз «Умственная отсталость» (F70).

Критерии исключения: отказ от продолжения участия в исследовании, выраженный в письменной форме.

Материал исследования. Обследовано 50 пациентов в возрасте 12-17 лет, в среднем 15,30 (1,329) лет, 23 мальчика и 27 девочек. Все пациенты направлены психиатром в детский дневной психиатрический стационар Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина.

Методы: клинико-психопатологический, психометрический.

1. Клинико-психопатологический метод был направлен на выявление/исключение симптомов психических расстройств. Для вспомогательных целей использовалось полуструктурированное диагностическое интервью, включающее исследовательские критерии по МКБ-10.

2. Опросник «Шкала детской депрессивности» М. Ковач [9] состоит из 27 вопросов, на которые обследованный отвечает самостоятельно, предназначен для детей и подростков 7-17 лет. Опросник позволяет в количественном выра-

жении выявить такие основные и дополнительные проявления депрессии у детей и подростков, как сниженное настроение (шкала А «Негативное настроение» – вопросы №№ 1, 6, 8, 10, 11, 13), трудности во взаимоотношении с другими людьми (шкала В «Межличностные проблемы» - вопросы №№ 5, 12, 26, 27), снижение результатов деятельности (шкала С «Неэффективность» – вопросы №№ 3, 15, 23, 24), утрата интересов и увлечения (шкала Д «Ангедония», вопросы №№ 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22), сниженная самооценка (шкала Е «Негативная самооценка», вопросы №№ 2,7,9, 14, 25). Тест прошел адаптацию в отечественной популяции [1]. Адаптированный вариант опросника М. Ковач показал удовлетворительные психометрические свойства. Значения тест-ретестовой надежности шкал колеблется пределах 0,60-0,80, α Кронбаха в пределах 0,80-86.

Шкала самооценки депрессии А.Т.Бека, версия для подростков [5]. В отличие от взрослой версии содержит 13 вопросов, оценивающих глубину снижения настроения, взаимоотношения со сверстниками, планы и др. Данные о русскоязычной адаптации опросника представлены в практикуме по психологии посттравматического стресса под ред. Н.В. Тарабриной [4]. Суммарное значение до 9 баллов опросника оценивается как соответствующее норме, 9-11 баллов – риск депрессивного расстройства, 12-19 баллов — легкая депрессия, 19-22 балла — умеренная депрессия, более 23 баллов — тяжелая депрессия. По сравнению с взрослым вариантом исключены вопросы сексуального характера.

Этические принципы. Исследование проведено с соблюдением положений Хельсинкской декларации 1975 г. по вопросам медицинской этики и ее пересмотренного варианта 2000 г. Пациенты и их родители/законные представители подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ. Для описания качественных (категориальных) переменных использовались показатели абсолютного значения (n) и % в группе. Для сравнения качественных переменных на основе таблиц сопряженности использовался критерий χ^2 Пирсона. Описание количественных параметрических переменных проводилось на основании среднего значения (M) и стандартного отклонения (sd), непараметрических переменных – медианы (Me) и 25% и 75% квартилей. Для проверки нормальности распределения использовались значения асимметрии (As) и эксцесса (Ex) и их стандартных ошибок (p). Выборка считалась соответствующей нормальному распределению, если абсолютные значения асимметрии и эксцесса не превышают своих стандартных ошибок [3]. Сравнение параметрических выборок проводилось на основании t -критерия Стьюдента (две выборки) или однофакторного дисперсионного анализа (две и более выборки), непараметрических выборок – с помощью критерия Манна-Уитни (2 выборки), Краскал-Уоллиса (более 2 выборок). Показатель согласованности шкал (надежности теста) определялся с помощью α Кронбаха.

Результаты. Жалобы пациентов. Предъявленные при первичном обследовании жалобы представлены в сводной табл. 2. Из таблицы видно, что сниженное настроение отмечалось у 100,0% пациентов как мужского, так и женского пола. Не было статистически значимых различий у мальчиков и девочек в распространенности таких симптомов депрессивного круга, как ангедония – невозможность

переживать радостные эмоции и получать удовольствие ($\chi^2=0,044$ $p=0,834$), мысли о нежелании жить ($\chi^2=1,188$ $p=0,276$) и тревога ($\chi^2=0,001$ $p=0,982$). У мальчиков статистически чаще встречались нарушения сна ($\chi^2=10,546$ $p=0,001$), а на уровне тенденции – утомляемость и сниженная работоспособность ($\chi^2=2,826$ $p=0,093$). У девочек на уровне тенденции преобладало нарушение аппетита ($\chi^2=3,181$ $p=0,075$). Связанные с подавленным настроением неспецифические симптомы, отражающие превалирующий характер переживаний подростков, такие как трудности во взаимоотношениях с родителями ($\chi^2=0,012$ $p=0,914$), трудности во взаимоотношениях со сверстниками ($\chi^2=1,898$ $p=0,168$) и трудности обучения ($\chi^2=1,705$ $p=0,192$), не различались у мальчиков и девочек.

Нозологическая характеристика. На основании полуструктурированного диагностического интервью при применении исследовательских критериев МКБ-10 все пациенты были разделены на 4 группы. Ниже представлено обобщенное клинико-психопатологическое описание нозологических форм, в рамках которых отмечалось жалобы сниженное настроение.

1) Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (F43.24). В 1-ю группу вошли 7 пациентов, 4 мальчика и 3 девочки. Жалобы на сниженное настроение сопровождалось упоминанием о конкретной жизненной ситуации, то есть обстоятельствах, приведших к снижению настроению (триггерное значение), имеющих субъективное значение психологической травмы. Это известие о предстоящей вынужденной разлуке на длительный период с матерью или отцом (3 случая), переезд из другого региона с изменением привычных условий проживания (2 случая), недавно выявленное соматическое заболевание, обследование по поводу которого еще не завершено и его исход до конца не известен (2 случая).

Дополнительными жалобами, кроме сниженного (обычно «плохого») настроения, были: чувство беспомощности, неспособность пациента справиться с ситуацией и приспособиться к ней, некоторое снижение продуктивности в повседневной деятельности, склонность к эмоциональным «всплескам» тревожно-дистимического типа с переживанием отчаяния, необдуманными высказываниями в адрес близких и последующим сожалением о сказанном.

2) Аффективные расстройства. Во 2-ю группу были отнесены следующие случаи: «Легкий депрессивный эпизод» (F32.0) - 7 чел., «Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов» (F32.10) - 9 чел., «Устойчивое (хроническое) расстройство настроения» (F34.8) - 1 чел. Среди них 6 мальчиков и 11 девочек.

Особенностями жалоб на сниженное настроение было сопутствующее переживание утраты интересов и увлечений, способности получать удовольствие, мрачное или пессимистичное видение будущего, мысли о нежелании жить. Все пациентки в разные периоды жизни наносили себе самоповреждения. Были выявлены следы порезов в области предплечий и/или бедер. Почти все они заявляли, что резали себя для того, чтобы справиться с тяжелым внутренним состоянием и преодолеть эмоциональное бесчувствие (конкретная формулировка варьировалась, но в целом все сводилось к двум указанным мотивам). В 2 случаях выявлялся витальный компонент: пациенты жаловались на чувство общей тяжести в теле,

сильнее выраженное в утреннее время с облегчением к вечеру. Отмечались нарушения сна и аппетита. Пациенты жаловались на внезапно возникшие трудности обучения, что воспринималось как необратимая трагедия. Тщательный разбор анамнестических данных не выявил в жизни подростков ситуаций реактивного характера. Наоборот, пациенты нередко жили и воспитывались с заботливыми и сопереживающими родителями. В однократном случае описывалось субдепрессивное настроение, с утратой прежних интересов, ангедонией, пессимистическим видением будущего, снижением социальной активности, не укладывающееся в представление о циклотимии или дистимии (диагноз F34.8).

3) Расстройства поведения. В 3-ю группу вошли 16 чел., которые разделялись на 6 случаев «Депрессивного расстройства поведения» (F92.0) и 10 случаев «Других смешанных расстройств эмоций и поведения (F92.8). Из них 4 мальчика, 12 девочек. Особенности жалоб в этой группе пациентов было сочетание сниженного настроения с симптомами тревоги, в том числе вегетативными эквивалентами тревоги: ощущения сердцебиения, чувство нехватки воздуха на вдохе, повышенная влажность кожи, чувство жара в области головы и шеи и др. Детальный разбор причин тревожного и подавленного состояния выявил, что ему предшествовали многочисленные нарушения дисциплины с конкретным документальным подтверждением случившегося. Это в полной мере совпадало с объективными сведениями, полученными от родителей, родственников, педагогов, в т. ч. педагогическими характеристиками. Во всех случаях отмечались пропуски занятий, многочасовые пребывания в подростковых компаниях с поздним возвращением домой, а нередко и отсутствием дома в течение нескольких дней, эпизодическим употреблением психоактивных веществ, иногда уходом из дома. Как правило, интенсивность тревожных переживаний совпадала с тяжестью содеянного и ожиданием соответствующих санкций со стороны школы и др. Тревога обострялась, когда подростки вспоминали о содеянном или о предстоящих наказаниях.

Сниженное настроение у пациентов не имело витального компонента, но сопровождалось ипохондрической фиксацией на своих негативных ощущениях с целью получения вторичной выгоды от своего болезненного состояния. Пациенты демонстрировали высокую степень заинтересованности в информации, касающейся их диагноза, назначаемого лечения, особенно по части влияния на дальнейшую карьеру и жизнь. В ряде случаев имели место настойчивые требования получить заключения для оформления надомного обучения в школе, академического отпуска в колледже или, чаще, больничного листа в случае, если подросток бы трудоустроен. По своим клиническим характеристикам пациенты занимали промежуточное положение между пациентами с аффективными нарушениями и пациентами с расстройством адаптации с преобладанием нарушений поведения.

4) Органическое астеническое расстройство в результате смешанных факторов (F06.68) - 8 человек. Группа была представлена только мальчиками. Особенности сниженного настроения пациентов был дистимический оттенок настроения с переживанием повышенной утомляемости, низкой мотивацией к обучению, эпизодически возникающими головными болями по типу напряжения. Имели место трудности и конфликты с педагогами и сверстниками, в ряде

случаев с родителями. Состояние формально было расценено как аффективные колебания у пациентов с органическим расстройством, что в целом укладывалось в представление о астенодепрессивном синдроме.

Однако о «депрессивности» как таковой при этом следует говорить с большой осторожностью. Констатация депрессивного, то есть перманентного патологически сниженного настроения с преобладанием одного эмоционального полюса была условной. Она исходила из довольно устойчивого характера жалоб на «плохое» настроение, а также драматического характера эмоций (последнее, кстати, связано с экстремальностью эмоциональных переживаний подростков и является не более чем возрастными особенностями пубертатной психики). В то же время тщательный психопатологический анализ позволил отнести эти жалобы скорее к проявлениям раздражительной слабости, чем первичного расстройства аффективной сферы. Эмоциональные симптомы при органическом расстройстве были тесно связаны с превалирующей дефицитарностью когнитивной сферы (повышенная отвлекаемость, утомляемость, снижение продуктивной работоспособности), они прямо вытекали из эмоциональной непереносимости факта собственной академической неуспеваемости.

5) Шизотипическое расстройство (F21.8) - 2 мальчика с проявлениями парадоксальности суждений и эмоциональной нивелировки, трудностями в общении, некоторой вычурностью в речи, социальной самоизоляции, эксцентричным поведением и одеждой. Сниженное настроение было вне связи с ситуационными факторами, без видимой причины, отмечалось некоторое однообразие жалоб, отсутствие витального компонента и включение в клиническую картину деперсонализационно-дереализационных нарушений.

2. Психометрическая оценка. Для психометрической оценки были включены обследуемые с диагнозом «Шизотипическое расстройство» (F21.8), поскольку эта группа представлена всего двумя случаями. Таким образом, результаты психометрических шкал в итоге оценены у 48 пациентов. Анализ надежности шкал опросника детской депрессивности М. Ковач представлен в табл. 1. Расчеты показали высокую степень согласованности пунктов опросника, составляющих психометрические шкалы, что подтвердило корректность их использования в качестве психометрического инструмента в данной выборке.

Таблица 1.

Анализ надежности шкал опросника детской депрессивности М.Ковач

обозначение шкалы	шкалы	α Кронбаха
А	Негативное настроение	0,696
В	Межличностные проблемы	0,607
С	Неэффективность обучения	0,638
Д	Ангедония	0,682
Е	Негативная самооценка	0,728

В табл. 2 представлены сводные данные по возрасту, полу, диагнозам пациентов и средним значениям психометрических шкал по разным методикам. Значения асимметрии ($A_s=0,019$) и эксцесса ($E_x=-0,063$) общей суммы баллов опросника

М. Ковач оказалось ниже по модулю значений собственных стандартных ошибок ($mAs=0,337$, $mEx=0,662$), что означает соответствие выборки нормальному распределению и позволяет использовать методы параметрической статистики. Значение асимметрии ($As=0,221$) и эксцесса ($Ex=0,337$) общей суммы баллов по шкале Бека также оказались ниже по модулю значений их стандартных ошибок ($mAs=0,625$, $mEx=0,662$). Это также означает соответствие нормальному распределению и возможность использовать для расчета параметрические критерии.

Из табл. 2 видно, что при сопоставимом возрасте пациентов мужского и женского пола ($t=0,365$, $p=0,717$) и статистически не отличающемся их количестве ($\chi^2=0,320$ $p=0,572$) имеется нозологическое различие по полу ($\chi^2=13,068$, $df=3$, $p=0,004$). Оно заключается в тенденции к преобладанию у мальчиков органических расстройств и расстройств поведения, а у девочек аффективных расстройств. Отмечена прямая умеренная корреляционная связь качественных признаков на основании таблиц сопряженности между полом и диагнозом (V Крамера= $0,522$).

Расчет средних значений психометрических шкал выявил следующие результаты. Среднее значение шкалы Бека соответствовало диапазону легкой депрессии (12-19 баллов) без различий по полу ($t=-0,887$ $p=0,380$). Обнаружены половые различия средних значений шкал по методике М. Ковач. У девочек значимо превышали показатели шкалы «Негативное настроение» ($t=-2,413$ $p=0,020$), шкалы «Неэффективность обучения» ($t=-2,198$ $p=0,033$) и общая сумма баллов ($t=-2,627$ $p=0,012$).

Таблица 2.

Сводные данные обследованных пациентов с распределением по полу

Характеристика	всего чел.	мальчики, 23 чел.	девочки, 27 чел.	значимость различий, p
Пол	50 (100,0%)	23 (46,0%)	27 (54,0%)	по критерию Пирсона $\chi^2=0,320$ $p=0,572$
Возраст, лет M (sd) min-max	15,30 (1,329) 12-17	15,26 (1,389)	15,33 (1,301)	критерий Стьюдента $t=-0,190$ $p=0,850$
Асимметрия (риск ошибки)	$As=-0,745$ (0,337)			
Эксцесс (риск ошибки)	$Ex=-0,272$ (0,662)			
I. Жалобы:				
Сниженное настроение	50 (100,0 %)	23 (100,0%)	27(100,0%)	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
Невозможность переживать радостные эмоции и получать удовольствие	44 (88,0 %)	20 (87,0 %)	24 (88,9 %)	$\chi^2=0,044$ $p=0,834$
Трудности во взаимоотношениях с родителями	33 (66,0 %)	15 (65,2 %)	18 (66,7 %)	$\chi^2=0,012$ $p=0,914$

Трудности во взаимоотношениях со сверстниками	27 (54,0 %)	10 (43,5 %)	17 (63,0 %)	$\chi^2=1,898$ p=0,168
Мысли о нежелании жить	17 (34,0 %)	6 (26,1 %)	11 (40,7%)	$\chi^2=1,188$ p=0,276
Тревога	26 (52,0 %)	12 (52,2 %)	14 (51,9 %)	$\chi^2=0,001$ p=0,982
Нарушение сна	13 (26,0 %)	11 (47,8%)	2 (7,4 %)	$\chi^2=10,546$ p=0,001**
Нарушение аппетита	22 (44,0 %)	7 (30,4 %)	15 (55,6 %)	$\chi^2=3,181$ p=0,075*
Трудности обучения	17 (34,0 %)	10 (43,5 %)	7 (25,9 %)	$\chi^2=1,705$ p=0,192
Утомляемость и сниженная работоспособность	24 (48,0 %)	14 (60,0 %)	10 (37,0 %)	$\chi^2=2,826$ p=0,093*
Всего пациентов	50 (100,0 %)	23 (100,0%)	27(100,0%)	
II. Диагнозы:				
Диагноз	всего 48 чел.	мальчики, 21 чел.	девочки, 27 чел.	различие качественных признаков на основании табл. сопряженности, χ^2 , df, p
1) Расстройства адаптации (F43)	7 (14,0%)	3 (13,0%)	4 (8,3%)	$\chi^2= 15,392$, df=4, p=0,004**, V Крамера=0,522
2) Аффективные расстройства (F32)	17 (34,0%)	6 (26,1%)	11 (22,9%)	
3) Расстройства поведения (F92)	16 (32,0%)	4 (17,4 %)	12 (25%)	
4) Органическое расстройство (F06)	8 (16,0%)	8 (34,8 %)	0 (0,0 %)	
5) Шизотипическое расстройство (F21)	2 (4,0%)	2 (8,7%)	0 (0,0 %)	
Всего	50 (100,0%)	23 (100,0%)	27(100,0%)	
III. Психометрические показатели				
Шкала детской депрессивности М. Ковач (Т-баллы) М (sd) min-max				
	всего 48 чел.	мальчики, 21 чел.	девочки, 27 чел.	Уровень значимости различий по критерию t-Стьюдента, p
Общая сумма баллов М (sd) min-max	68,56 (14,872)	63,00 (9,706) 47-88	73,22 (16,958) 41-100	t=-2,627 p=0,012**

Асимметрия (риск ошибки)	41-100 0,019 (0,337)			
Экссесс (риск ошибки)	-0,063 (0,662)			
А. Негативное настроение	60,42(14,324) 37-99	55, 67 (9,573) 41-80	64,81 (16,443) 37-99	t=-2,413 p=0,020**
В. Межличностные проблемы	73,70(16,499) 44-100	70,00 (13,134) 44-95	77,07 (18,214) 45-100	t=-1,562 p=0,125
С. Неэффективность обучения	60,24(11,734) 37-95	56,05 (7,997) 42-75	63,41 (13,605) 37-95	t=-2,198 p=0,033**
Д. Ангедония	63,26(10,374) 41-87	62,24 (9,027) 48-87	64,07 (11,562) 41-84	t=-0,599 p=0,552
Е. Негативная самооценка	60,48(13,613) 39-95	57,24 (9,889) 45-89	63,48 (15,866) 39-95	t=-1,670 p=0,102
Шкала самооценки депрессии А. Бека (сырые баллы) М (sd) min-max				
Сумма баллов	13,92 (8,010) 0-32	13,05 (6,492) 3-26	15,11 (8,989) 0-32	t=-0,887 p=0,380

Примечание: * - различия статистически значимы на уровне $p \leq 0,1$;

** - различия статистически значимы на уровне $p \leq 0,05$.

В табл. 3 представлены результаты однофакторного дисперсионного анализа количественных значений шкал опросника М. Ковач и Бека с последующим попарным сравнением, что позволило изучить психометрические характеристики пациентов в зависимости от нозологической формы. Межгрупповое сравнение проводилось после предварительного расчета межгрупповой дисперсии (апостериорное сравнение) и в случае, если этот показатель значимо различался ($p \leq 0,05$). Если риск ошибки критерия однородности дисперсий Ливиня был выше 0,05, использовался метод Шеффе, в противном случае расчет проводился по методу 2 Тамхейма [3].

Значение шкалы «Негативное настроение» в группе легкого и умеренного депрессивного эпизода было выше по сравнению с аналогичным показателем у пациентов из группы с органическими расстройствами ($p=0,016$). Указанные группы также различались на уровне тенденции по среднему значению шкалы «Негативная самооценка» ($p=0,063$) с его преобладанием у аффективных больных. В группе аффективных больных был значимо выше показатель «Ангедонии» ($p=0,014$) по сравнению с пациентами с поведенческими расстройствами. Средние значения шкалы Бека у аффективных пациентов значимо преобладали над всеми другими группами, т. е. над больными с расстройствами адаптации ($p=0,012$), расстройствами поведения ($p=0,029$) и органическими расстройствами ($p=0,006$).

Таблица 3.

Психометрические характеристики пациентов в зависимости от нозологической формы

опросники	нозологические формы				межгрупповая дисперсия, F, p, уровень значимости различий по критерию однородности дисперсий Ливиня	результаты попарного апостериорного сравнения групп по критерию Шеффе строки A, B, D) и 2Тамхейма (шкала Бека)
	Рубрика F43	Рубрика F32	Рубрика F92	Рубрика F06		
Шкала детской депрессивности М.Ковач (Т-баллы)						
Общая сумма баллов M (sd) min-max	69,43 (9,519)	76,47 (14,509)	64,00 (16,927)	61,25 (8,924)	F=3,057 (p=0,038), критерий Ливиня p=0,187	-
A. Негативное настроение	54,71 (9,844)	68,29 (14,636)	59,00 (16,071)	53,88 (6,479)	F=2,950 (p=0,043), критерий Ливиня p=0,145	группа 2- группа 4: p=0,016**
B. Межличностные проблемы	81,86 (8,153)	76,88 (19,219)	69,50 (16,411)	69,88 (13,548)	F=1,303 (p=0,285) критерий Ливиня: p=0,045	-
C. Неэффективность обучения	58,29 (4,461)	66,53 (7,674)	57,19 (16,79)	54,38 (6,739)	F=2,938 (p=0,044), критерий Ливиня: p=0,002	-
D. Ангедония	63,43 (5,127)	69,47 (11,801)	57,50 (8,802)	61,50 (7,426)	F=4,517 (p=0,008), критерий Ливиня: p=0,191	группа 2- группа 3: p=0,014**
E. Негативная самооценка	64,71 (13,213)	66,41 (13,286)	55,75 (15,207)	55,25 (6,798)	F=2,482 (p=0,073), критерий Ливиня: p=0,210	группа 2- группа 4: p=0,063*

Шкала самооценки депрессии А.Бека (сырые баллы)						
Общая сумма баллов M (sd) min-max	12,29 (3,039)	19,71 (7,287)	11,25 (8,575)	10,13 (4,970)	F=5,468 (p=0,003), критерий Ливиня: p=0,006	группа 1- группа 2: p=0,012** группа 2- группа 3: p=0,029** группа 2- группа 4: p=0,006**

Примечание: * - различия статистически значимы на уровне $p \leq 0,1$;

** - различия статистически значимы на уровне $p \leq 0,05$.

Обсуждение результатов. Обозначенная во вступлении проблема, а именно – сложность нозологической квалификации патологических состояний у подростков с ведущими жалобами на сниженное настроение, полностью подтверждается результатами проведенного исследования. Показано, что только у 34,0% подростков, первично обратившихся с жалобами на сниженное настроение, выявляются клинические симптомы первичного аффективного расстройства, т. е. не все пациенты, направленные в детский дневной стационар с ведущей жалобой на снижение настроения, в действительности имели истинные депрессивные переживания.

Психометрическое различие этиопатогенетически разнородных групп пациентов, объединенных общим признаком гипотимического настроения, удалось установить только на основании общей суммы баллов по шкале Бека. При этом отдельные составляющие гипотимического симптомокомплекса, важные для непосредственной оценки в ходе клинико-диагностического процесса, имели мало значимых различий.

Так, шкала «Негативное настроение», отражающая выраженность депрессивного аффекта как такового, у пациентов с легкими и умеренными депрессивными эпизодами статистически значимо преобладала только над группой пациентов с органическими расстройствами. Иными словами, психометрическое различие по главному диагностическому признаку депрессивных расстройств, патологически сниженному аффекту, удалось достоверно установить только между группами пациентов с депрессивным эпизодом и органическим расстройством. Следует отметить, что надежность и корректность полученных в настоящем исследовании психометрических данных обеспечена приемлемыми цифрами шкальной согласованности пунктов (α Кронбаха всех шкал выше 0,6) и соответствием всех количественных характеристик нормальному закону распределения.

Дополнительным дифференциальным признаком была принадлежность к женскому полу: в случае аффективных расстройств преобладали девочки, а группа органическим расстройствам была представлена только мальчиками. В целом гендерные различия у наших пациентов заключались в большей выраженности у девочек-подростков собственно депрессивного и когнитивного компо-

нентов аффективных нарушений, что подтверждается более высокими значениями шкал «Негативное настроение» и «Неэффективность обучения» по сравнению с мальчиками.

Что касается второго диагностически значимого критерия депрессии, ангедонии (согласно МКБ-10), то здесь мы видим преобладание количественных показателей шкалы «Ангедония» у пациентов с легкими и умеренными депрессивными эпизодами только над пациентами с расстройством поведения, что также не может быть надежным критерием для дифференциального разграничения всех изучаемых групп пациентов.

Заключение. Выявление первичных аффективных расстройств в подростковой практике и их дифференциация от сходных гипотимических состояний иного генеза, несмотря на большое количество современных психометрических инструментов, остается непростой задачей. Результаты настоящей работы показали, что различие четырех сравниваемых групп, объединенных жалобами на сниженное настроение, а именно группы расстройств адаптации, депрессивного эпизода, расстройств поведения и органических расстройств, было легче обнаружить скорее клинически, чем на основании сравниваемых психометрических характеристик. Таким образом, преобладающий аффективный характер жалоб пациентов, констатация ими негативного характера собственных эмоциональных переживаемых в клинической психиатрической практике является основанием для тщательной психодиагностической работы с целью обоснования назначаемой фармакотерапии, выбора подходящей модели психотерапевтической интервенции, прогнозирования течения и исхода заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Калина О.Г. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак. Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 121-132.
2. Иовчук Н.М., Северный А.А. К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников. Электронный журнал «Психологическая наука и образование». 2012. № 1. С.1-8. www.psyedv.ru/ISSN:2074-5885.
3. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. 3-е изд., стереотип. СПб.: Речь, 2008. 392 с.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2011. С. 182-190.

REFERENCES

1. Volikova S.V., Kholmogorova A.B., Kalina O.G. Validizacziya oprosnika detskoj depressii M. Kovak. Voprosy` psikhologii. 2011. # 5. S. 121-132.
2. Iovchuk N.M., Severny`j A.A. K voprosu o didaktogenny`kh depressiyakh u mladshikh shkol`nikov. E`lektronny`j zhurnal «Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie». 2012. # 1. S.1-8. www.psyedv.ru/ISSN:2074-5885.
3. Nasledov A.D. Matematicheskie metody` psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretacziya danny`kh. Uchebnoe posobie. 3-e izd., stereotip. SPb.: Rech`, 2008. 392 s.
4. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. SPb.:

Piter, 2011. S. 182-190.

5. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbauch J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961. Jun;4:561-71. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

6. Bertha E.A., Balázs J. Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Oct; 22(10):589-603. doi: 10.1007/s00787-013-0411-0. Epub. 2013 Apr 12.

7. Hauenstein E.J. Depression in adolescence. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003 Mar-Apr;32(2):239-48. doi: 10.1177/0884217503252133.

8. Jinnin R., Okamoto Y., Takagaki K. et al. Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Dec. 22:13:25-33. doi: 10.2147/NDT.S117846. Ecollection 2017.

9. Kovacs M. The childrens Depression, inventory (CDI). *Psychopharmacol. Bull*. 1985; 21 (4):995-8. PMID:4089116.

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

A.A. Rezakov, S.V. Grechany

**NOSOLOGIKAL AND PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS
OF CHILDRENS DAY PSYCHIATRIC HOSPITAL PATIENTS
WITH A LEADING LOW MOOD COMPLAINTS**

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

Summary. The growth of depressive disorders in children and adolescents around the world makes us think about their etiology and clearer diagnostic criteria, which affects the conduct of treatment and rehabilitation measures, rehabilitation potential and further prognosis of existing disorders. However, not all cases of low mood in children and adolescents should be attributed to a true depressive disorder, they may have different origins, be determined by the social environment, gender and age factors, and premorbid personality traits. The article provides an analysis of the nosological and psychometric characteristics of childrens day psychiatric hospital patients with a leading complaint of low mood. Gender differences in amotional disorders are shown, primary affective disorders with their differentiation from similar hypothymic conditions of a different genesis are revealed.

Keywords: children and adolescents, depressive disorders, nosological characteristics and psychometric assessment.

**СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКА**
Смоленский государственный университет (Смоленск).

Резюме. В статье описаны факторы развития невротозов в детском и подростковом возрасте. Выделяются причинно-следственные связи формирования невротозов у детей. Раскрыта психологическая значимость проблемы формирования невротозов и ее последствия для формирования личности. Цель исследования заключалась в определении структуры факторов риска формирования пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств. Использована методика «Детский опросник невротозов». Установлена структура форм проявления невротических расстройств подростка. Выявлены корреляционные взаимосвязи между формами невротических проявлений подростка.

Ключевые слова: невротоз, психоэмоциональное напряжение, тревога, фрустрация, подростковый возраст, факторы риска.

Введение. Сложная социально-политическая и социально-экономическая обстановка в мире способствует росту числа детей, страдающих невротозом. Эту группу составляют в основном дети старшего дошкольного и подросткового возраста, отличающиеся повышенной тревогой, нарушениями поведения, эмоциональной неустойчивостью, вегетативными расстройствами. К социально-культурным факторам, способствующим возникновению невротических расстройств, относятся проблемы, связанные с проживанием в условиях большого скопления людей и соответствующим высоким темпом жизни [2]. К ним также относят дефицит времени, обезличенность, необходимость решать несколько задач одновременно, многомерный характер межличностных отношений, высокая интенсивность учебной деятельности и недостаточность полноценного отдыха [7]. Все эти факторы могут вызывать психоэмоциональное перенапряжение у подростков. Под социально-экономическими факторами понимаются неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, высокая занятость и недостаточный контроль родителей за здоровьем и психолого-педагогическим сопровождением подростка и в целом недостаточный уход за ребенком. Такие условия создают предпосылки для развития тревоги и фрустрации ребенка, поскольку систематически блокируют реализацию потребностей ребенка и препятствуют его нормальной самоактуализации [1].

В МКБ-11 подчеркивается, что распространенность тревожных расстройств увеличивается в позднем детском и подростковом возрасте. Этот возрастной период связан с развитием сознания и когнитивных способностей, благодаря которым ребенок способен осознать предмет беспокойства вместе с возможным негативным прогнозом того, что он не сможет реализовать собственные потребности. Этот механизм осознания неспособности изменить негативную ситуацию, тотально ухудшающую качество его жизни, представляет собой одно из основных клинических проявлений расстройства [6].

Невротозы у подростков, по мнению А.И. Захарова, являются самым распространенным видом патологии [5]. «Невротоз – болезнь личности, в которой существует единство психологических и биологических факторов. Само же невротическое

ческое расстройство возникает под воздействием индивидуально значимых психотравмирующих жизненных обстоятельств» [3, с. 69]. Традиционно невроз определяют как группу «... психогенно обусловленных нервно-психических расстройств функционального характера, не имеющих органической основы, клинически проявляющихся разнообразной непсихотической симптоматикой и соматовегетативными нарушениями, при которых сохраняется критическое отношение к болезненному состоянию» [10, с.30].

Как общеизвестно, неврозы обычно развиваются как следствие длительного или многократного воздействия относительно слабых психотравмирующих факторов, имеющих личностную значимость [1]. Психотравма связана с длительным переживаемым психоэмоциональным напряжением из-за неспособности разрешить неблагоприятную ситуацию. «Наибольшее патогенетическое значение в механизме возникновения невротической реакции имеют события, связанные с неопределенностью положения (социального, профессионального, бытового), представляющие угрозу или препятствие для реализации будущих планов или требующие принятия трудных альтернативных решений» [3, с.30]. Длительное пребывание в нерешаемой ситуации является основной причиной развития невроза [4, 8]. Как отмечают исследователи, «... в группе риска находятся дети с повышенной нервной чувствительностью. ... более 60 % неврозов возникает в дошкольном и более чем в 30 % – в школьном возрасте, и дальше это положение катастрофически ухудшается: к моменту окончания младшей школы здоровых детей меньше половины ... Формирование неврозов представляет собой процесс переработки личностью последствий критического инцидента, сопровождающийся неспособностью адаптации к новым жизненным условиям» [3, с. 70]. Поскольку основным видом деятельности ребенка школьного возраста является учебная деятельность и особенности межличностных отношений между участниками учебно-воспитательного процесса, благополучие ребенка в школе является одним из условий его психического здоровья и психологической безопасности [9, 12, 15].

Клиническая картина большинства невротических расстройств определяется наличием тревожно-фобического синдрома. Расстройства, связанные с тревогой и страхом, являются наиболее распространенными психическими нарушениями среди детей и подростков. Переживания детей и подростков сосредоточены на академических успехах, спортивных достижениях, межличностных отношениях и др. [6]. Поскольку «... развитие той или иной формы неврозов связывают с наличием определенных особенностей личности» [2, с. 884], необходимо изучение этих особенностей с целью превенции развития факторов, способствующих формированию этих расстройств. Например, N. Navya, S. Madhu, M. Ola и др. указывают на взаимосвязь между личностными характеристиками невротика, открытостью, экстраверсией и ответственностью за психическое здоровье, добросовестностью, настойчивостью, целеустремленностью, эмоциональным интеллектом и тесно связывают их с психическим благополучием личности [17]. Е.А. Евстафеева и Д.А. Циринг описывают в качестве основных диагностируемых показателей тревожность и депрессивность в сочетанном комплексе субъектности низкого уровня сформированности [13]. Речь идет о низкой способности подростка влиять на условия окружения, управлять событиями собственной жизни, целеполагания и планирования реализации собственных целей, преодолевать трудности [9, 14]. Эти свойства проявляются в замкнутости, эмоциональной неустойчивости,

возбудимости, склонности к чувству вины, фрустрированности, равнодушии, пассивности и обуславливают снижение результативности учебной деятельности ребенка [11]. Таким образом, авторы предлагают разные перечни системообразующих свойств личности, способствующих формированию невротических проявлений подростка [16]. В связи с этим возникает необходимость их изучения с целью снижения риска возникновения невротических расстройств.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 73 учащихся 8 классов в возрасте 14-15 лет, обучавшихся в МБОУ «Гимназия №1 им. Н.М. Пржевальского» г. Смоленска. Исследование проводилось в ноябре 2023 г.

Цель исследования заключалась в установлении факторов риска формирования пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств и их структуры. В качестве диагностического инструментария была использована методика «Детский опросник невротизации (ДОН)» В.В. Седнева, З.Г. Збарскина и А.К. Бурцева. Методика позволяет выявить особенности невротических расстройств в шести основных формах проявления: депрессии, астении, нарушений поведения, вегетативных расстройств, нарушений сна и тревоги.

Результаты и их обсуждение. Результаты учащихся по методике ДОН представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты учащихся 8-х классов по методике ДОН (в баллах)

№	Класс	Шкалы						Σ
		Депрессия	Астения	Нарушения поведения	Вегетативные расстройства	Нарушения сна	Тревога	
1.	8А	4,3	6,2	4,6	7,4	7,3	3,4	35,5
2.	8Б	2,4	5,4	2	0,6	5,5	2,7	22
3.	8В	2	8,3	6,3	9,7	8,9	4,8	44,9
4.	μ	2,9	6,6	4,3	7	7,2	3,6	36,1

Как видно из табл. 1, средние баллы учащихся всех классов (μ) низкие: оценки до 11 баллов, что характеризует низкий уровень риска формирования определенного клинического симптомокомплекса. Вместе с тем в каждом из трех обследованных классов были выявлены учащиеся со средним и высоким уровнями невротических проявлений по разным шкалам: в 8а классе их было 7, в 8б – 6, в 8в – 20 учащихся. Таким образом, были выявлены 33 учащихся со средними и высокими результатами по различным шкалам методики, что составило 45,2% от всего числа обследованных.

Средние балы учащихся имеют разный уровень распределения. Наименьший размах показателей выявлен по шкале «Депрессия», он составил 46,5%. Максимальные различия в показателях обнаружены по шкалам «Вегетативные расстройства» - 94,1%; «Нарушения поведения» - 78,3%; «Астения» - 65%; «Нарушения сна» - 61,7%; «Тревога» - 56,25%. Таким образом, факторы невротиче-

ских проявлений обследованных представлены в разных классах неравномерно и имеют разный размах. Поскольку родители этих учащихся высказывают свои опасения по поводу систематически переживаемой усталости своих детей в связи с большими нагрузками во время учебы и перегруженности их внешкольной деятельности (секции, кружки, занятия с репетиторами), мы обратили особое внимание на проявления астении. «Под астенией понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности. ... сопровождается вялостью, сонливостью, раздражительностью, при этом в сознании преобладает чувство усталости, разбитости» [14, с. 131]. Действительно, астения в полученных результатах исследования выражена достаточно высоко и составляет в среднем 6,6 балла. Это третий по степени выраженности результат. Однако, «Нарушения сна» и «Вегетативные расстройства», 7,2 и 7 баллов соответственно, выражены выше, чем «Астения», но родители не высказывают опасений и не связывают это с напряжением и трудностями в обучении. Иными словами, жалобы подростков на плохой сон и вегетативные расстройства не всегда принимаются родителями к сведению.

Полученные результаты в графическом виде представлены на рис. 1.

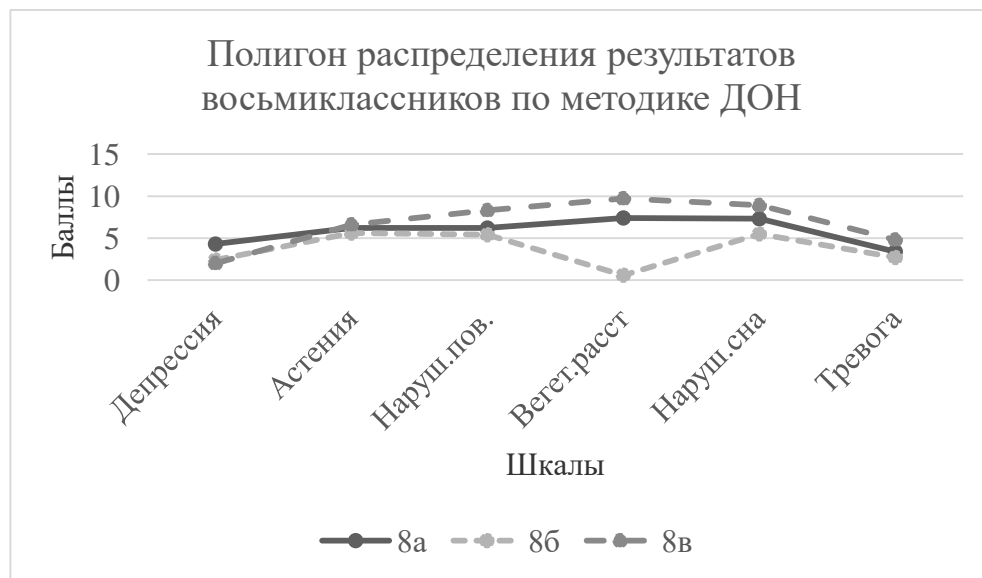


Рисунок 1. Полигон распределение результатов испытуемых по методике ДОН.

Как видно на рис.1, результаты учащихся можно разделить на три группы по степени «суммарной» выраженности невротических переживаний разной модальности: высокий, средний и низкий. Первую, высокий уровень выраженности, составили результаты по шкалам «Нарушения сна» и «Вегетативные расстройства» (7,2 и 7 баллов, соответственно). Отметим, что степень выраженности результатов по этим шкалам в разных классах разная: результаты учащихся 8б по этой шкале «Вегетативные расстройства» значительно ниже – 0,6, что в 16 раз ниже, а результаты по «Нарушения сна» - тоже ниже, чем в параллели на 40-

45%. Иными словами, если «Нарушения сна» сравнительно высоко выражены во всех классах, то «Вегетативные расстройства» более «чувствительны» к индивидуальным особенностям учащихся. Группу умеренно или средне выраженных результатов объединили результаты «Астения» (6,6 баллов). Наконец, низкие результаты выявлены по шкалам «Депрессия» и «Тревога» (2,9 и 3,6 балла соответственно). Таким образом, несмотря на то что общие суммарные баллы учащихся разных классов значительно отличаются, уровень их выраженности в целом оценивается как низкий.

Показатели выраженности результатов обучающихся по методике в целом представлены на рис. 2.



Рисунок 2. Компаративное соотнесение результатов учащихся 8-х классов по методике ДОН.

Результаты восьмиклассников по методике в целом оцениваются как низкие, соответствующие низкому уровню выраженности невротических проявлений. Вместе с тем в рамках этого уровня степень их выраженности разная и достигает 50% (можно сравнить результаты 8б и 8в классов (22 и 44,9 балла соответственно).

Средние оценки по шкалам позволили выделить ранжир факторов и таким образом определить их место в структуре невротических проявлений обучающихся. Ранжир факторов по степени выраженности представлен в табл. 2.

Таблица 2.

Ранжир степени выраженности факторов

№	Фактор	Баллы	Ранжир
1.	Депрессия	2,9	6
2.	Астения	6,6	3
3.	Нарушения поведения	4,3	4
4.	Вегетативные расстройства	7	2
5.	Нарушения сна	7,2	1
6.	Тревога	3,6	5

Таким образом, наиболее выраженными для восьмиклассников оказались «Наушения сна», «Вегетативные расстройства» и «Астения» (7,2; 7 и 6,6 балла, соответственно). Группу менее выраженных факторов составили «Нарушения поведения» и «Тревога» (4,3 и 3,6 баллов соответственно). Наконец, наименее выражены результаты по шкале «Депрессия». Еще раз подчеркнем, что речь идет о гимназистах, обучающихся в образовательном учреждении, входящем в топ-3 учебных заведений г. Смоленска, в котором нарушение поведения является экстраординарным событием. Высокий образовательный уровень и конкурсный отбор учащихся связаны с высокими требованиями к обучающимся, некоторые из них пользуются услугами репетиторов и посещают секции, музыкальные школы и кружки по интересам. Иными словами, у обучающихся остается ограниченное время на досуг. В связи с этим понятным и предсказуемым являются первые места в ранжире «Нарушения сна» и «Вегетативных расстройств».

Таблица 3.

Результаты учащихся высокой и средней степени выраженности по методике ДОН (%)

№	Класс	Шкалы					
		Депрессия	Астения	Нарушения поведения	Вегетат. расстройства	Нарушения сна	Тревога
1.	8А	16,6	22,2	16,6	27,7	33,3	16,6
2.	8Б	7,6	15,3	3,8	0	15,3	0
3.	8В	6,8	13,7	24,1	31	37,9	3,4
4.	μ	10,3	17,1	14,8	19,6	28,8	6,6

Как видно из табл. 3, наиболее высокими оказались результаты испытуемых в средней и высокой степени выраженности по шкале «Нарушения сна» (у 28,8% учащихся). Вторую группу учащихся со средней и высокой степенью выраженности составили результаты по шкалам «Вегетативные расстройства», «Астения» и «Нарушения поведения» (19,6%; 17,1% и 14,8% учащихся соответственно). Третью группу с наименьшими показателями средней и высокой степени выраженности объединили результаты по шкалам «Депрессия» и «Тревога» (10,3% и 6,6% соответственно). Ранжир результатов в сравнении с общими результатами по параллели в целом, включающими результаты низкого уровня выраженности, остался прежним, исключая инверсию результатов низко выраженной группы. В группе со средней и высокой степенью выраженности «Тревога» оказалась предпоследней в ранжире, а «Депрессия» - последней.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью корреляционно-регрессионного анализа. Были получены прямые высокие взаимосвязи между астенией и нарушениями поведения, астенией и вегетативными нарушениями ($r=0,987$; $p \leq 0,05$); астенией и нарушениями сна ($r=0,997$; $p \leq 0,05$); тревогой и нарушениями сна ($r=0,975$; $p \leq 0,05$); нарушениями сна и нарушениями

поведения ($r=0,996$; $p \leq 0,05$); тревогой и нарушениями поведения ($r=0,952$; $p \leq 0,05$). Большое количество прямых высоких корреляционных связей свидетельствует о сочетанном характере взаимосвязей между невротическими проявлениями школьников.

Заключение. В исследовании выявлены топ-3 фактора невротических проявлений подростков: это нарушения сна, вегетативные нарушения и астения. Установлены высокие положительные взаимосвязи астении с нарушениями поведения, вегетативными расстройствами и нарушениями сна; тревогой и нарушениями сна, а также нарушениями поведения.

Таким образом, необходима работа по психологическому просвещению о необходимости контроля родителями режима труда и отдыха подростков для обеспечения их эффективности учебной деятельности, с одной стороны, и более оптимального учета «бюджета» времени и сил подростка, при котором он сохраняет работоспособность без угрозы психической выносливости и безопасности.

Необходима специальная организация системы мер профилактики появления невротических расстройств подростка. К ним следует отнести методы психологической коррекции, включающие организацию обучения приемам рефлексии подростками собственного эмоционального состояния, приемам организации и поддержания контактов с окружающими людьми и общения, целеполагания, планирования собственной жизни, методам и приемам преодоления кризисных ситуаций. С этой целью используются методы активного социально-психологического обучения, интервью, клинико-биографический метод, беседы, анкетирование, метод контроля восприятия испытуемым ситуации (постэкспериментальное интервью), метод «личного архива», дневник значимых переживаний, корректировки записей, методика «Личный коэффициент преодоления», метод переписки, «Личный телефон доверия», метод организации группы психологической поддержки, активизации стихийного опыта преодоления кризисных ситуаций [12, 15, 16]. Большое значение имеет работа по развитию точности восприятия подростков, обеспечивающая адекватное восприятие действительности [7-9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бекмиров Т.Р. Некоторые методы и приемы диагностики особенностей преодоления подростками кризисных ситуаций жизни // *Central Asian journal of mathematical theory and computer sciences*. 2022. 3(12). Pp. 224-228.

2. Бекмиров Т.Р. Некоторые особенности невроза и профилактика // *Tashkent Medical Academy TMA Conference Integration of Science, Education and Practice in Modern Psychology and Pedagogy: Problems and Solutions*. 2023. Vol. 4. Pp. 878-885. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-nevroza-i-profilaktika> (дата обращения: 19.04.2024).

3. Бенелли А.В. Специфика неврозов у детей: этиология и симптоматика // *Вестник Московского информационно-технологического университета – Московского архитектурно-строительного института*. 2019. № 3. С.69-74. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-nevrozov-u-detey-etiologya-i-simptomatika> (дата обращения: 19.04.2024).

4. Игнатенко Г.А., Колесников А.Н., Дубовая А.В. *Доврачебная помощь*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 232 с. doi: 10.33029/9704-6532-5-FAID-2022-1-232.

5. Захаров А.И. *Неврозы у детей и подростков*. Анамнез, этиология и

патогенез. Л.: Медицина, 1988. 244 с.

6. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Электронный справочник МКБ-11. Коды диагнозов, поиск по коду и названию болезни. URL: <https://mkb11.online/> (дата обращения: 19.04.2024).

7. Полякова И.В. Психологические особенности взаимосвязи агрессивности и личностной зрелости подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 1. С. 27-33.

8. Полякова И.В. Психологические особенности метрической обработки образов восприятия // Знание. Понимание. Умение. 2016. № 2. С. 276-286.

9. Полякова И.В. Эффективность обучения: особенности взаимосвязи точности восприятия и нервно-психической устойчивости // Психология обучения. 2017. № 8. С. 32-39.

10. Психогенные расстройства / Л.М. Барденштейн, Н.И. Беглянкин; [под ред. Л.М. Барденштейна]. М.: РИО МГМСУ, 2021. Ч.1. 65 с.

11. Рикрофт Ч. Тревога и неврозы. М.: ПЕР СЭ, 2008. 142 с.

12. Туманова Е.Н. Помощь подростку в кризисной ситуации жизни. Учебное пособие. 2002. Саратов. 69 с.

13. Циринг Д.А., Евстафеева Е.А. Психодиагностика личностной беспомощности: проблемы и методы // Сибирский психологический журнал. 2011. № 41. С. 111-120. URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1713104753&tld=ru&lang=ru&name=_111-120. (дата обращения: 19.04.2024).

14. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Астенические расстройства. История и современность // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 6. С. 131-136. doi: 10.17116/jnevro2020120061131.

15. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999. 656 с.

REFERENCES

1. Bekmirov T.R. Nekotory`e metody` i priemy` diagnostiki osobennostej preodoleniya podrostkami krizisny`kh situaczij zhizni // Sentral Asian journal of mathematical theory and computer sciences. 2022. 3(12). Rr. 224-228.

2. Bekmirov T.R. Nekotory`e osobennosti nevroza i profilaktika // Tashkent Medical Academy TMA Conference Integration of Science, Education and Practice in Modern Psychology and Pedagogy: Problems and Solutions. 2023. Vol. 4. Rr. 878-885. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-nevroza-i-profilaktika> (data obrashheniya: 19.04.2024).

3. Benelli A.V. Speczifika nevrozov u detej: e`tiologiya i simptomatika // Vestnik Moskovskogo informacionno-tekhnologicheskogo universiteta – Moskovskogo arkhitekturno-stroitel`nogo instituta. 2019. # 3. S.69-74. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-nevrozov-u-detey-etiolgiya-i-simptomatika> (data obrashheniya: 19.04.2024).

4. Ignatenko G.A., Kolesnikov A.N., Dubovaya A.V. Dovrachebnaya pomoshh`. M.: GE`OTAR-Media, 2022. 232 s. doi: 10.33029/9704-6532-5-FAID-2022-1-232.

5. Zakharov A.I. Nevrozy` u detej i podrostkov. Anamnez, e`tiologiya i patogenez. L.: Mediczina, 1988. 244 s.

6. Mezhdunarodnaya klassifikacziya boleznej 11-go peresmotra (МКБ-11). E`lektronny`j spravochnik МКБ-11. Kody` diagnozov, poisk po kodu i nazvaniyu bolezni. URL: <https://mkb11.online/> (data obrashheniya: 19.04.2024).

7. Polyakova I.V. Psikhologicheskie osobennosti vzaimosvyazi agressivnosti i lichnostnoj zrelosti podrostkov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 1. S. 27-33.
8. Polyakova I.V. Psikhologicheskie osobennosti metrichejskoj obrabotki obrazczov vospriyatiya // Znanie. Ponimanie. Umenie. 2016. # 2. S. 276-286.
9. Polyakova I.V. E`ffektivnost` obucheniya: osobennosti vzaimosvyazi tochnosti vospriyatiya i nervno-psikhicheskoi ustojchivosti // Psikhologiya obucheniya. 2017. # 8. S. 32-39.
10. Psikhogenny`e rasstrojstva / L.M. Bardenshtejn, N.I. Beglyankin; [pod red. L.M. Bardenshtejna]. M.: RIO MGMSU, 2021. Ch.1. 65 s.
11. Rikroft Ch. Trevoja i nevrozy`. M.: PER SE`, 2008. 142 s.
12. Tumanova E.N. Pomoshh` podrostku v krizisnoj situaczii zhizni. Uchebnoe posobie. 2002. Saratov. 69 s.
13. Cziring D.A., Evstafeeva E.A. Psikhodiagnostika lichnostnoj bespomoshhnosti: problemy` i metody`//Sibirskij psikhologicheskij zhurnal. 2011. # 41. S. 111-120. URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1713104753&tld=ru&lang=ru&name=_111-120. (data obrashheniya: 19.04.2024).
14. Chutko L.S., Surushkina S.Yu. Astenicheskie rasstrojstva. Istoriya i sovremennost` // Zh. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 2020. T. 120. # 6. S. 131-136. doi: 10.17116/jnevro2020120061131.
15. E`jdemiller E`.G., Yusticzkis V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem`i. SPb.: Piter, 1999. 656 s.
16. Denaway R. (2016). Diagnosis of Borderline Personality Disorder in Adolescence: Issues and Practice. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/696. (accessed: 19.04.2024).
17. Navya N., Madhu S., Ola M., Jasneet & Sindhu B. D. (2018) A Study of Personality Traits and Mental Health of Adolescents in Delhi NCR // The International Journal of Indian Psychology. Vol. 6. Pp. 163-173. DOI: 10.25215/0602.097. URL:<http://www.ijip>. (accessed: 19.04.2024).

I.V. Polyakova

THE STRUCTURE OF RISK FACTORS FOR THE FORMATION OF BORDERLINE NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS IN ADOLESCENTS Smolensk State University (Smolensk).

Summary. The article describes the factors of neurosis development in childhood and adolescence. The causal relationships of the formation of neuroses in children are highlighted. The psychological significance of the problem of the formation of neuroses and its consequences for the formation of personality are revealed. The aim of the study was to determine the structure of risk factors for the formation of borderline neuropsychiatric and psychosomatic disorders. The method "Children's neurosis questionnaire" was used. The structure of the forms of manifestation of neurotic disorders of a teenager has been established. Correlations between the forms of manifestation of neurotic manifestations of a teenager have been revealed.

Keywords: neurosis, psychoemotional tension, anxiety, frustration, adolescence, risk factors.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ВИДЕОИГР С УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬЮ ЖИЗНЬЮ,
УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И КОЛИЧЕСТВОМ
ИГРОВОГО ВРЕМЕНИ У ДЕВУШЕК И ЮНОШЕЙ «ПОКОЛЕНИЯ Z»**

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет» им. Н.И. Пирогова (Москва), ²Институт психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, ³Белорусский государственный технологический университет (Минск).

Резюме. Проведенное исследование выявило взаимосвязи зависимости от видеоигр с депрессией, удовлетворенностью жизнью, употреблением психоактивных веществ и количеством игрового времени. Игровая зависимость положительно коррелирует с депрессией и одиночеством и отрицательно – с удовлетворенностью жизнью. Депрессия и суицидальные мысли у девушек и юношей поколения Z существенно связаны с употреблением психоактивных веществ (курение или алкоголь), с длительностью игрового времени. Полученные результаты требуют дальнейшего анализа, так как зависимость от видеоигр представляет определенную угрозу для психического здоровья геймеров, а также может привести к росту суицидов.

Ключевые слова: видеоигры, зависимости от видеоигр, депрессия, удовлетворенность жизнью, игровое время, «поколение Z».

Введение. Видеоигры являются одним из самых популярных источников развлечений и по своему воздействию сильно напоминают пристрастие к психоактивным веществам (ПАВ) и азартным играм. К таким характеристикам относятся толерантность, замкнутость, а также социальное и профессиональное пренебрежение, возникающее в результате увеличения времени, затрачиваемого на использование и приобретение видеоигр. В современном мире, когда практически все сферы жизнедеятельности людей подверглись дигитализации, игры также существенным образом претерпели изменения. Массовая компьютеризация общества и распространение интернета способствовали росту числа видеоигр, в т. ч. сетевых. С начала 2000-х гг. наблюдается динамичный рост онлайн-игр, что подтверждают данные. Так, в 2014 г. 1,8 млрд человек часто играли в компьютерные видеоигры, а за последние шесть лет количество пользователей видеоигр превысило 2 млрд [11]. Такая статистика свидетельствует о том, что видеоигры способны удовлетворять некоторые значимые личностные потребности, в частности, они могут помочь уйти от реальных жизненных проблем. Но стоит отметить, что здесь могут скрываться и более глубокие психологические проблемы. Зачастую видеоигры становятся простой и эффективной заменой социальных взаимодействий. Однако проблема возникает, когда они постоянно заменяют эмоциональные потребности. В этом случае такая потребность превращается в зависимость [11].

S. Lin et al отмечают, что игровое расстройство представляет собой модель чрезмерного и неконтролируемого игрового поведения, которое приводит к функциональным нарушениям или дистрессу [13].

C. Remondi et al выявили у итальянских проблемных пользователей интернета и проблемных геймеров высокий уровень психологического стресса, нарушение регуляции эмоций, диссоциативные состояния, неуверенность в привязанности и одиночество, а также более низкие уровни удовлетворения основных психологических потребностей, самоудовлетворения, уважения и воспринимаемой социальной поддержки [16].

D. Lee et al выявили значительную взаимосвязь между игровыми зависимостями и депрессией и тревогой, при этом данная связь наблюдалась как в начальной стадии, так и в более поздние моменты игрового времени [10].

T.C.T. Fong et al, проведя исследование среди китайской молодежи, получил результаты по коморбидности игровой зависимости, социальной изоляции и депрессии [8].

Канадские исследователи J. Richard, С.Е. Temcheff, J.L. Derevensky отмечают, что факторы риска развития игровой зависимости включают нарушение регуляции эмоций и отрицательную самооценку, при этом депрессивные симптомы, симптомы невнимательности и социальная изоляция взаимно связаны с игровой зависимостью. Последствия данной зависимости включают усиление тревожности и плохие отношения с родителями, а также снижение удовлетворенности жизнью и успеваемости [17].

Малазийские исследователи M.A.M. Radzi, N. Subhi, A.A.H. Shaari выявили, что существует сильная и положительная связь между игровой зависимостью и всеми тремя психологическими расстройствами: депрессией, стрессом и тревогой. С увеличением уровня игровой зависимости будет повышаться и уровень стресса и депрессии. На основании множественного регрессионного анализа авторы обнаружили, что 30,9% причин игровых зависимостей были вызваны стрессом, тревогой и депрессией [15].

Выявлено, что высокий уровень игровой зависимости повышал уровень тревожности, в свою очередь, высокий уровень депрессии достоверно коррелировал с уровнем игровой зависимости [6].

X. Deng et al. выделили факторы, которые имеют статистически значимые связи с игровой зависимостью: стресс, импульсивность, пол, время, проведенное в интернете, а также отношения с родителями и друзьями. Также ими было выявлено, что подростки с игровой зависимостью в 9 раз чаще переживают крайне тяжелый стресс. В этом же исследовании было показано, что чрезмерные онлайн-игры не только способствуют психологическому стрессу у подростков, но и повышают уровень их агрессивного поведения [7].

Международная группа исследователей из Австралии и Саудовской Аравии провела исследование среди студентов Ганы. Результаты показали, что зависимость от видеоигр была положительно связана со временем, проведенным за видеоиграми, и депрессией. В то же время, зависимость от видеоигр отрицательно связана с самооценкой. Связь между зависимостью от видеоигр и удов-

летворенностью жизнью не была обнаружена [14]. Выявлено, что игровые зависимости у иранских подростков опосредованно связаны со временем, проведенным за игрой, и показателями психологического стресса и бессонницы [12].

Исследователи из Барселоны во главе с А. Чамагто выявили, что игровая зависимость опосредованно влияет на склонность к самоубийству. Результаты исследования показывают, что стресс является основным фактором риска самоубийства, особенно среди подростков с плохой эмоциональной регуляцией или проблемными играми [5]. F. Zurita-Ortega et al выявили, что потребление табака среди испанских студентов, играющих в видеоигры, было ниже, чем было показано в более ранних исследованиях. В то же время потребление алкоголя было велико. Авторы также выявили, что количество проблем, связанных с видеоиграми, было очень низким. Это связано с тем, что только небольшое количество студентов ежедневно играет в компьютерные игры [18].

Метаанализ показал, что глобальная совокупная распространенность видеоигровых зависимостей среди подростков составила 4,6%, а среди китайских подростков она составила около 13% [9]. Также отмечается, что игроки, играющие по несколько часов в день в компьютерные игры, употребляют ПАВ (сигареты и алкоголь) более 3 раз в неделю [9].

Цель исследования – выявить возможные связи зависимости от видеоигр с депрессией, удовлетворенностью жизнью, употреблением ПАВ и количеством игрового времени.

Материал и методы исследования. Исследование осуществлялось с помощью онлайн-тестирования 3076 студентов из России и Беларуси в возрасте 15-24 лет, среди них 1298 девушек и 1778 юношей. Все респонденты относятся к так называемому «поколению Z», которое родилось и выросло в период массовой цифровизации. Все опрошенные в той или иной степени играют в видеоигры.

Изучение зависимости от видеоигр проводилось с применением диагностических критериев МКБ-11, Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития [3]. Согласно данным критериям, игровое расстройство, преимущественно онлайн (код 6C51.0), характеризуется «последовательным или повторяющимся поведением в играх («цифровая игра» или «видеоигра»), которое в основном проводится через интернет и проявляется в: 1) нарушении контроля за игрой (например, начало, частота, интенсивность, продолжительность, завершение, контекст); 2) увеличении приоритета в играх в той мере, в которой игра имеет приоритет над другими жизненными интересами и повседневной деятельностью; и 3) продолжении или эскалации игровой деятельности, несмотря на появление негативных последствий. Модель поведения имеет достаточную степень серьезности, что приводит к значительному ухудшению в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования. Характер поведения игры может быть непрерывным или эпизодическим и повторяющимся. Поведение в играх и другие функции обычно проявляются в течение не менее 12 месяцев для назначения диагноза, хотя требуемая продолжительность может быть сокращена, если все диагностические требования соблюдены и симптомы серьезны.

Также в исследовании использовались: опросник депрессии А. Бека [2, 4], тест на одиночество («Методики диагностики уровня субъективного ощущения одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона) [2], удовлетворенность жизнью (опросник Э. Динер, Р.А. Эммонс, Р. Дж. Ларсен и С. Гриффин, адаптированный на русский язык и валидизированный Е.Н. Осиным и Д.А. Леонтьевым) [1]. Респонденты также отвечали на 2 вопроса:

- Вы употребляли в последнее время психоактивные вещества более трех раз в неделю (например, сигареты или алкоголь)?

- Какое количество часов, в среднем, вы играете каждый день (за последние 3 месяца)?

Для *статистического анализа* использован статистический пакет SPSS-22. Принят уровень значимости $p=0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Все выборки проверялись с помощью критерия Колмогорова–Смирнова на их соответствие нормальному распределению. Результат проверки показал, что при принятом уровне значимости $p=0,05$ все рассматриваемые переменные существенно отличаются от нормальных. В этой связи вычисление корреляций было осуществлено с помощью непараметрического критерия Кендалла.

Результаты возможных связей зависимости от видеоигр с депрессией, компонентами депрессии, удовлетворенностью жизнью, употреблением ПАВ и количеством игрового времени показаны в табл. 1.

Таблица 1.

Связи зависимости от видеоигр с депрессией, компонентами депрессии, удовлетворенностью жизнью, употреблением ПАВ и количеством игрового времени

Показатели	Общая выборка, N = 3076		Мужская N = 1298		Женская N = 1778	
	τ	p	τ	p	τ	p
Корреляции						
Депрессия	0,256	0,000	0,272	0,000	0,286	0,000
<i>Несостоятельность</i>	0,252	0,000	0,248	0,000	0,267	0,000
<i>Чувство вины</i>	0,205	0,000	0,211	0,000	0,239	0,000
<i>Самообвинение</i>	0,184	0,000	0,211	0,000	0,185	0,000
<i>Суицидальные мысли</i>	0,224	0,000	0,220	0,000	0,251	0,000
<i>Раздражительность</i>	0,154	0,000	0,188	0,000	0,167	0,000
<i>Социальное отчуждение</i>	0,168	0,000	0,174	0,000	0,171	0,000
<i>Нерешительность</i>	0,166	0,000	0,191	0,000	0,187	0,000
<i>Низкая работоспособность</i>	0,157	0,000	0,191	0,000	0,194	0,000
<i>Потеря интереса к сексу</i>	0,172	0,000	0,154	0,000	0,186	0,000
Одиночество	0,203	0,000	0,188	0,000	0,220	0,000
Удовлетворенность жизнью	-0,155	0,000	-0,121	0,000	-0,179	0,000
Употребление ПАВ	0,162	0,000	0,094	0,000	0,185	0,000
Количество часов	0,388	0,000	0,317	0,000	0,378	0,000

Примечание: в таблице курсивом выделены симптомы депрессии; полужирным – показатели, которые сильнее выражены в мужской либо женской выборке.

Из табл. 1 следует, что существует значимая связь между зависимостью от видеоигр и депрессией, удовлетворенностью жизнью, употреблением ПАВ и количеством игрового времени. При этом игровая зависимость положительно коррелирует с депрессией и ощущением одиночества. В то же время игровая зависимость отрицательно коррелирует с удовлетворенностью жизнью. Также установлена положительная связь между игровой зависимостью и употреблением ПАВ (например, сигарет или алкоголя), а также с продолжительностью времени, проведенного за игрой.

Опросник депрессии А. Бека позволяет отдельно оценить выраженность симптомов депрессии. В проведенном исследовании было установлено, что такие симптомы депрессии, как «Несостоятельность», «Чувство вины», «Самообвинение», «Суицидальные мысли», «Раздражительность», «Социальное отчуждение», «Нерешительность», «Низкая работоспособность», «Потеря интереса к сексу», также положительно коррелируют с игровой зависимостью. Это дает основания предполагать, что проблемы, которые возникают у людей, имеющих сильную зависимость от видеоигр, значительно глубже, чем предполагалось в более ранних исследованиях.

Данные табл. 1 показывают, что такие связи остаются значимыми как в общей выборке, так и по отдельности в мужской и женской. Зависимость женщин от видеоигр в целом выражена значительно сильнее, чем у мужчин. Это касается всех исследуемых показателей: депрессия, ощущение одиночества, удовлетворенность жизнью, употребление ПАВ и количество часов игры. В мужской выборке более выраженной оказалась связь с некоторыми симптомами депрессии: самообвинением, раздражительностью, социальным отчуждением и нерешительностью.

Установленная нами прямая связь зависимости от видеоигр с депрессией соответствует результатам, полученным зарубежными авторами [8; 10; 14; 15]. Полученная нами положительная взаимосвязь между зависимостью от видеоигр и суицидальными мыслями также совпадает с аналогичными результатами зарубежных исследователей [5]. Выявленная прямая связь зависимости от видеоигр с ощущением одиночества в целом соответствует результатам зарубежных исследований [8; 16]. Эту связь подтверждает и взаимосвязь с таким симптомом депрессии, как «Социальное отчуждение».

Интересными являются также результаты, которые демонстрируют значимую положительную связь с симптомами депрессии – «Несостоятельность», «Чувство вины», «Самообвинение», «Раздражительность», «Нерешительность», «Низкая работоспособность». Особый интерес вызывает положительная связь между зависимостью от видеоигр и потерей интереса к сексу. Такие результаты не были обнаружены в зарубежных исследованиях.

В связи с тем что в данном исследовании подтвердились значимые связи между зависимостью от видеоигр и депрессией и суицидальными мыслями, следует более глубоко посмотреть на данную проблему. В частности, существуют ли связи между депрессией и суицидальными мыслями и некоторыми особенностями видеоигр. Результаты возможных зависимостей показаны в табл. 2 и 3.

Таблица 2.

Связи зависимостей депрессии с употреблением ПАВ, длительностью игры, количеством, типом и видом аватара

Показатели	Общая выборка, N = 3076		Мужская N = 1298		Женская N = 1778	
	τ	p	τ	p	τ	p
Корреляции						
Употребление ПАВ	0,192	0,000	0,169	0,000	0,227	0,000
Количество часов	0,101	0,000	0,096	0,000	0,156	0,000
Количество аватаров	0,076	0,000	0,060	0,007	0,104	0,000
Тип аватара	0,116	0,000	0,095	0,000	0,141	0,000
Вид аватара	0,044	0,002	0,005	0,833	0,095	0,000

Примечание: В этой и во всех следующих таблицах выделены корреляции, статистически значимые при указанном уровне значимости **p**.

Как видно из табл. 2, депрессия, возникающая у зависимых игроков, положительно коррелирует с употреблением ПАВ (сигарет или алкоголя) и количеством часов, проведенным за игрой. Депрессия у зависимых игроков также положительно коррелирует с аватарами, которые они используют в игре. Здесь имеет значение количество аватаров, их тип и вид. Количество аватаров, которыми управляет игрок – 0 (без авторизации), 1 аватар, 2 и более. Тип аватара – человек, нечеловеческое существо, нечеловеческое несущество. Вид аватара – игра от первого лица, от третьего лица, от первого и третьего лица.

Значимые связи зависимостей у игроков депрессии с употреблением ПАВ длительностью игры, количеством, типом и видом аватара обнаружены как в общей выборке, так и в женской. У зависимых юношей проявление депрессии не связано только с тем, от какого лица они играют.

Таблица 3.

Связи зависимостей суицидальных мыслей с употреблением ПАВ, длительностью игры, количеством, типом и видом аватара

Показатели	Общая выборка, N = 3076		Мужская N = 1298		Женская N = 1778	
	τ	p	τ	p	τ	p
Корреляции						
Употребление ПАВ	0,215	0,000	0,180	0,000	0,253	0,000
Количество часов	0,138	0,000	0,113	0,000	0,196	0,000
Количество аватаров	0,095	0,000	0,045	0,079	0,136	0,000
Тип аватара	0,134	0,000	0,111	0,000	0,156	0,000
Вид аватара	0,065	0,000	0,028	0,287	0,142	0,000

Примечание: В этой и во всех следующих таблицах выделены корреляции, статистически значимые при указанном уровне значимости **p**.

Из табл. 3 следует, что наличие суицидальных мыслей у зависимых игроков положительно коррелирует с употреблением ПАВ (сигарет или алкоголя), количеством часов, проведенным за игрой, а также с количеством, типом и видом аватара. Эти связи значимы для общей выборки и для женской. У зависи-

мых юношей проявление суицидальных мыслей коррелирует практически со всеми показателями, за исключением количества аватаров и тем, от какого лица они играют.

Таким образом, депрессия и суицидальные мысли у девушек и юношей существенно связаны с употреблением некоторых ПАВ (курение или алкоголь), а также с длительностью игрового времени. В то же время наше исследование показало, что все эти показатели положительно коррелируют и с зависимостью от видеоигр, что свидетельствует об их тесной взаимосвязи. При этом, как видно из табл. 2 и 3, депрессия и суицидальные мысли положительно коррелируют не только с самой игрой, но и с тем, как построен сам игровой процесс. Количество игровых аватаров, тип и вид аватара также могут свидетельствовать о наличии у геймеров указанных психологических проблем. Полученные результаты, по сути, являются новыми для отечественной науки.

Заключение. Проведенное исследование показало, что существует значимая связь между зависимостью от видеоигр и депрессией, удовлетворенностью жизнью, употреблением ПАВ и количеством игрового времени. Игровая зависимость положительно коррелирует с депрессией и ощущением одиночества. В то же время игровая зависимость отрицательно коррелирует с удовлетворенностью жизнью. Депрессия и суицидальные мысли у девушек и юношей существенно связаны с употреблением некоторых ПАВ (курение или алкоголь), с длительностью игрового времени, а также с количеством выбранных аватаров и их типом. Полученные результаты в значительной степени подтверждают данные зарубежных авторов. В то же время многие из выявленных связей мало изучены в русскоязычной литературе и требуют дальнейшего анализа, так как зависимость от видеоигр представляет определенную угрозу для психического здоровья геймеров, а также может привести к росту суицидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2020. № 1. С. 117–142. doi.10.14515/monitoring.2020.1.06

2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: БАХРАХ-М, 2002. 672 с.

3. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга», 2021. 432 с. doi.10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4

4. Соболев Н.А., Игумнов С.А. Зависимость от компьютерных игр у подростков, проблемы диагностики и коморбидности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 2. С. 105–112.

REFERENCES

1. Osin E.N., Leont'ev D.A. Kratkie russkoyazychny'e shkaly` diagnostiki sub`ektivnogo blagopoluchiya: psikhometricheskie kharakteristiki i sravnitel`ny`j analiz // Monitoring obshhestvennogo mneniya: E`konomicheskie i soczial`ny`e

peremeny`. 2020. # 1. S. 117–142. doi:10.14515/monitoring.2020.1.06

2. Rajgorodskij D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy`. Uchebnoe posobie. Samara: BAKhRAKh-M, 2002. 672 s.

3. MKB-11. Glava 06. Psikhicheskie i povedencheskie rasstrojstva i narusheniya nejropsikhicheskogo razvitiya. Statisticheskaya klassifikacziya. M.: «KDU», «Universitetskaya kniga», 2021. 432 s. doi:10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4

4. Sobolev N.A., Igumnov S.A. Zavisimost` ot komp`yuterny`kh igr u podrostkov, problemy` diagnostiki i komorbidnosti // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2021 (21). # 2. S. 105–112.

5. Chamarro A., Díaz-Moreno A., Bonilla I. et al. Stress and suicide risk among adolescents: the role of problematic internet use, gaming disorder and emotional regulation // BMC Public Health. 2024;24:326. doi:10.1186/s12889-024-17860-z

6. Chang C.W., Huang R.Y., Strong C. et al. Reciprocal relationships between problematic social media use, problematic gaming, and psychological distress among university students: a 9-month longitudinal study // Frontiers in Public Health. 2022;10:858482. doi:10.3389/fpubh.2022.858482

7. Deng X., Hu Y.-B., Liu C.-Y. et al. Psychological distress and aggression among adolescents with internet gaming disorder symptoms // Psychiatry Research. 2024;331:115624. doi:10.1016/j.psychres.2023.115624.

8. Fong T.C.T., Junus A., Wen M., Yip P.S.F. Comorbidity among symptoms of internet gaming disorder, social withdrawal, and depression in 3430 young people in Hong Kong: A network analysis // Journal of Affective Disorders. 2024; 359:319–326. doi:10.1016/j.jad.2024.05.091.

9. Green R., Delfabbro P.H., King D.L. Avatar identification and problematic gaming: The role of self-concept clarity // Addict Behav. 2021;113:106694. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106694

10. Lee D., Lee S., Kim J. Interaction effects of cumulative genetic score and psychological distress on excessive gaming: A 2-year longitudinal study // Curr Psychol. 2024;43(18):1–13. doi:10.1007/s12144-023-05553-6

11. Limone P., Ragni B., Toto G.A. The epidemiology and effects of video game addiction: A systematic review and meta-analysis // Acta psychologica. 2023;241:104047. doi:10.1016/j.actpsy.2023.104047

12. Lin C.Y., Potenza M.N., Pontes H.M., Pakpour A.H. Psychometric properties of the Persian Gaming Disorder Test and relationships with psychological distress and insomnia in adolescents // BMC Psychol. 2023;11(1):326. doi:10.1186/s40359-023-01368-z.

13. Lin S., Tan L., Chen X., Liao Z. et al. Emotion dysregulation and Internet gaming disorder in young people: Mediating effects of negative affect and metacognitions // J Affect Disord. 2023;341:104–111. doi:10.1016/j.jad.2023.08.077.

14. Miezah D., Batchelor J., Megreya A.M., Richard Y., Moustafa A.A. Video/Computer Game Addiction among University Students in Ghana: Prevalence, Correlates and Effects of Some Demographic Factors // Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2020;30(1):17–23, doi:10.5455/PCP.20200320092210

15. Radzi M.A.M., Subhi N., Shaari A.A.H. Internet Gaming Disorder: Depression, Anxiety and Stress among Gamers // International Journal of Academic Research in Business and Social Sci. 2023;13(12):303–311. doi:10.6007/IJARBSS/v13-i12/19787

16. Remondi C., La Tona A., Schimmenti A., Lo Coco G., Compare A., Brugnera A. Uncovering latent profiles of internet, smartphone and gaming use among young adults and their relationships with psychosocial risk factors // Behaviour & Information Technology. 2023:1–15. doi: 10.1080/0144929X.2023.2295955

17. Richard J., Temcheff C.E., Derevensky J.L. Gaming disorder across the lifespan: A scoping review of longitudinal studies // Current Addiction Reports. 2020;7:561–587. doi:10.1007/s40429-020-00339-3

18. Zurita-Ortega F., Chacón-Cuberos R., Castro-Sánchez M., Martínez-Martínez A. et al. Problematic consumption of substances and video game use in spanish university students depending on sex and place of residence // Health and Addictions. 2018;18(1):89–96. doi:10.21134/haaj.v18i1.350

S.A. Igumnov^{1,2}, V.A. Karpievich³

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN VIDEO GAME ADDICTION AND LIFE SATISFACTION, SUBSTANCE USE, AND GAME TIME IN «GENERATION Z» GIRLS AND BOYS

¹Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow), ²Institute of Psychology of the Belarusian State Pedagogical University named after M. Tank, ³Belarusian State Technological University (Minsk).

Summary. The study found connections between video game addiction and depression, life satisfaction, substance use, and the amount of gaming time. Gaming addiction correlates positively with depression and loneliness and negatively with life satisfaction. Depression and suicidal thoughts in Generation Z boys and girls are significantly associated with substance use (smoking or alcohol), and the amount of gaming time. The results require further analysis, as video game addiction poses a certain threat to gamers' mental health and may also lead to an increase in suicides.

Keywords: video games, video game addiction, depression, life satisfaction, gaming time, «generation Z».

УДК 616.8 – 053.6 : 681.3

О.Ю. Кочерова, О.М. Филькина, А.В. Бобошко, Е.А. Воробьева, Н.В. Долотова
ЧАСТОТА И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ 15-17 ЛЕТ
С РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ
ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства
и детства имени В.Н. Городкова» (Иваново).

Резюме. В связи с критическим увеличением информационной нагрузки проблема сохранения психического здоровья детей и подростков приобрела исключительное значение. Целью исследования явилось установление частоты и гендерных особенностей невротических расстройств у подростков 15-17 лет с разной выраженностью интернет-зависимости. Оценка интернет-зависимости подростков проведена с помощью методики С.Чена, симптомы и синдромы невротических расстройств выявлялись с помощью авторской анкеты. С увеличением выраженности интернет-зависимости у подростков увеличивалась частота невротических расстройств, выявлена корреляционная взаимосвязь выраженности интернет-зависимости с гипердинамическим и астеническим синдромом. У девушек все симптомы интернет-зависимости более выражены, а гипердинамический, астенический и дисморфофобический синдромы выявляются чаще, чем у юношей.

Ключевые слова: подростки, интернет-зависимость, невротические расстройства, гендерные особенности

Введение. Изучение психического здоровья подростков становится все более актуальным, особенно на фоне растущей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в этой возрастной группе. За последнее десятилетие статистические данные показывают увеличение заболеваемости на 11,3% среди подростков 15-17 лет. [14, 15, 16]. Наиболее распространенными психическими расстройствами являются поведенческие синдромы, невротические расстройства и соматоформные нарушения. Однако так называемые донозологические формы, такие как невротические и патохарактерологические реакции, часто остаются вне поля зрения врачей. Сравнительно с детьми младшего возраста подростки 15-17 лет страдают от психических расстройств в 1,5 раза чаще [13, 14, 15]. Важно отметить, что факторы, влияющие на психическое здоровье подростков, также меняются с развитием общества [2, 3, 4]. Одним из таких факторов является рост доступности интернета, который предоставляет множество возможностей, но также способствует формированию интернет-зависимости (ИЗ). По различным данным, распространенность ИЗ среди подростков в России колеблется от 4,3% до 12%, при этом от 29,3% до 48% подростков находятся в группе риска [3, 15, 16].

Исследования показывают, что ИЗ может быть связана с различными психическими расстройствами, такими как тревожные расстройства, депрессия и расстройства личности. Например, у юношей ИЗ часто сочетается с тревогой и соци-

альной фобией, в то время как у девушек она более связана с депрессией. В младшем школьном возрасте ИЗ также наблюдается в сочетании с социальной фобией [2, 4, 6, 8, 9]. Несмотря на то, что многие факторы риска проблемного использования интернета уже определены, их взаимозависимость затрудняет выделение конкретных предикторов. Важно также отметить, что нервно-психические нарушения в подростковом возрасте часто недооценены, хотя они могут быть предвестниками более серьезных психосоматических заболеваний [1, 4, 5, 7, 22].

Таким образом, необходимы дальнейшие исследования и профилактические меры для своевременной диагностики и лечения проблем, связанных с использованием интернета и психическим здоровьем подростков.

Целью исследования явилось установление частоты и гендерных особенностей невротических расстройств у подростков 15-17 лет с разной выраженностью ИЗ.

Материал и методы исследования. Проведено сплошное исследование 407 подростков 15-17 лет, из них 209 мальчиков и 198 девочек. Исследование проводилось на базе муниципальных бюджетных общеобразовательных средних школ № 4, 37, 43, 58, 65 г. Иваново, осуществляющих тождественные общеобразовательные программы.

Для оценки ИЗ подростков использовалась методика С.Чена (S.-H. Chen, 2003, адаптация В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова) [6]. В дальнейшее исследование вошли подростки, давшие добровольное письменное информированное согласие и прошедшие комплексное обследование. Выделены 3 группы: 1 группа, 50 подростков, без ИЗ, 2 группа, 50, с риском ИЗ, 3 группа, 50, с ИЗ.

Используемые методы: клиническое обследование, выкопировка данных из историй развития для исключения соматической патологии, анкетирование, опрос, статистические, аналитические методы.

С помощью анкеты, разработанной нами, у подростков выявляли симптомы и синдромы невротических расстройств: соматовегетативный (СВ) в виде нарушений сна, аппетита, головных болей, болей в области сердца и в животе, вегетативной лабильности при исключении соматической патологии; гипердинамический (ГД) в виде двигательной расторможенности, неусидчивости, невнимательности; астенический (Ас), проявляющийся беспричинной раздражительностью, грубостью, стремлением ударить, колебаниями настроения, астенией; фобический (Фоб), характеризующийся страхами нового, темноты, одиночества, ночными страхами, страхом перед школой, тревогой за свое здоровье; дисморфофобический (ДФ), проявляющийся стойкими идеями физического недостатка, ограничением себя в еде с целью похудения; синдром навязчивых движений (Нав) и патохарактерологические реакции (ПХ).

Статистическая обработка данных проводилась общепринятыми методами вариационной статистики в пакете прикладных лицензионных программ «Microsoft Office 2010», «Statistica for Windows 6.0», «OpenEpi 303». Различия относительных показателей оценивались по χ^2 -критерию Пирсона с поправкой Йетса. Уровень значимости $p < 0,05$ расценивался как статистически значимый. Корреляционный анализ проводился с расчетом коэффициента парной корреляции (r).

Результаты. Выявлена частота интернет-зависимого поведения подростков 15-17 лет по методике Чена. Отсутствие интернет-зависимого поведения выявлено у 34% подростков, риск его возникновения – у 51%, сформированное интернет-зависимое поведение – у 15%. Причем у девушек несколько чаще, чем у юношей, встречался риск ИЗ (56,6% и 45,9% соответственно) и ИЗ (17,2% и 12,9% соответственно). Анализ балльной оценки особенностей интернет-зависимости и последствий использования интернета по 5 шкалам методики Чена показал, что по всем шкалам у девушек оценки были достоверно выше, чем у юношей. У юношей в 1,6 раза чаще, чем у девушек, отмечалось отсутствие интернет-зависимого поведения (41,2% и 26,3% соответственно).

При активном выявлении по унифицированной анкете симптомы невротических расстройств выявлены у всех подростков.

При анализе частоты невротических расстройств во всех группах чаще всего выявлялся соматовегетативный синдром (86,0%, 98,0% и 98,0% соответственно), на втором месте - патохарактерологические реакции (60,0%, 64,0% и 74,0% соответственно), что связано с возрастными особенностями подростков (табл. 1).

Таблица 1.

Частота невротических расстройств у подростков 15-17 лет с различной выраженностью ИЗ (%)

Группа / синдром	Без ИЗ		Риск ИЗ		ИЗ		Достоверность различий		
	1		2		3		p1-2	p2-3	p1-3
	n	%	n	%	n	%			
СВ	43	86,0	49	98,0	49	98,0	<0,03	>0,05	<0,03
ГД	20	40,0	29	58,0	39	78,0	>0,05	<0,03	<0,001
Ас	20	40,0	29	58,0	39	78,0	>0,05	<0,03	<0,001
Фоб	19	38,0	28	56,0	32	64,0	>0,05	>0,05	<0,01
Нав	16	32,0	23	46,0	31	62,0	>0,05	>0,05	<0,003
ПХ	30	60,0	32	64,0	37	74,0	>0,05	>0,05	>0,05
ДФ	7	14,0	4	8,0	12	24,0	>0,05	<0,03	>0,05

При сравнительном анализе синдромов невротических расстройств у подростков с ИЗ, в отличие от сверстников без ИЗ, чаще определялись: соматовегетативный (98,0% и 86,0%, $p < 0,03$), гипердинамический (78,0% и 40,0%, $p < 0,001$), астенический (78,0% и 40,0%, $p < 0,001$), фобический (64,0% и 38,0%, $p < 0,01$) и синдром навязчивых движений (62,0% и 32,0%, $p < 0,003$). У подростков с ИЗ, по сравнению со сверстниками с риском ИЗ, чаще определялись гипердинамический (78,0% и 58,0%, $p < 0,001$), астенический (78,0% и 58,0%, $p < 0,001$) и дисморфофобический синдромы (24,0% и 8,0%, $p < 0,05$). У подростков с риском возникновения ИЗ чаще, чем у подростков без ИЗ, выявлялся соматовегетативный синдром (98,0% и 86,0%, $p < 0,05$).

Выявлена средняя сила корреляционной взаимосвязи балльной оценки по методике Чена с гипердинамическим и астеническим синдромами ($r = 0,33$, $p < 0,05$) и слабая сила связи ($r = 0,2$, $p < 0,05$) с соматовегетативным, фобическим синдромом и синдромом навязчивых движений.

В группе подростков с ИЗ выше среднее число невротических синдромов, чем

у сверстников без ИЗ и с риском ИЗ (4,9 и 2,9; 4,9 и 3,8 $p<0,001$, $p<0,02$), т. е. с увеличением выраженности ИЗ возрастает сочетанность синдромов.

Следовательно, с увеличением выраженности ИЗ у подростков увеличиваются частота невротических расстройств и их коморбидность. У подростков с риском ИЗ чаще, чем без ИЗ, регистрируется соматовегетативный синдром, а с ИЗ чаще, чем в группе риска ИЗ, - гипердинамический, астенический и дисморфофобический синдромы.

Выявлены гендерные особенности невротических расстройств у подростков с разной выраженностью ИЗ (табл. 2).

Таблица 2.

Частота невротических расстройств у девушек 15-17 лет с различной выраженностью ИЗ (%)

Группа / синдром	Без ИЗ		Риск ИЗ		ИЗ		P1-P2	P1-P3	P2-P3
	n	%	n	%	n	%			
СВ	18	94,7	24	96,0	32	100,0	>0,05	>0,05	>0,05
ГЛ	12	63,16	19	76,0	29	90,6	>0,05	<0,05	>0,05
Ас	12	63,16	19	76,0	29	90,6	>0,05	<0,05	>0,05
Фоби	7	36,8	17	68,0	21	65,6	<0,05	<0,05	>0,05
Нав	7	36,8	9	36,0	22	68,75	>0,05	<0,05	<0,01
ПХ	12	63,16	16	64,0	24	75,0	>0,05	>0,05	>0,05
ДФ	5	26,3	3	12,0	9	28,1	>0,05	>0,05	>0,05

В группе девушек с ИЗ, в отличие от сверстниц без ИЗ, чаще отмечались гипердинамический (90,6% и 63,16%, $p<0,05$), астенический (90,6% и 63,16%, $p<0,05$), фобический (65,6% и 36,8%, $p<0,05$), синдромы и синдром навязчивых движений (68,75% и 36,8%, $p<0,05$), а в отличие от группы риска у них чаще выявлялся синдром навязчивых движений (68,75% и 36,0%, $p<0,01$). У девушек с риском ИЗ, в отличие от сверстниц без ИЗ, чаще регистрировался фобический синдром (68,0% и 36,8%, $p<0,05$).

Таблица 3.

Частота невротических расстройств у юношей 15-17 лет с различной выраженностью ИЗ (%)

Группа / синдром	Без ИЗ		Риск ИЗ		ИЗ		P1-P2	P1-P3	P2-P3
	n	%	n	%	n	%			
СВ	25	80,65	25	100,0	17	94,44	<0,01	>0,05	>0,05
ГД	8	25,8	10	40,0	10	55,56	>0,05	<0,05	<0,05
Ас	8	25,8	10	40,0	10	55,56	>0,05	<0,05	<0,05
Фоб	12	38,7	11	44,0	11	61,11	>0,05	>0,05	>0,05
Нав	9	29,0	14	56,0	9	50,0	>0,05	>0,05	>0,05
ПХ	18	58,1	16	64,0	13	72,2	>0,05	>0,05	>0,05
ДФ	2	6,45	1	4,0	3	16,67	>0,05	>0,05	>0,05

Среди юношей с ИЗ, в отличие от сверстников без ИЗ и с риском ИЗ, чаще отмечались гипердинамический (55,56% и 25,8%; 55,56% и 40,0%, $p < 0,05$), астенический синдромы (55,56% и 25,8%; 55,56% и 40,0%, $p < 0,05$). У юношей с риском ИЗ, в отличие от сверстников без ИЗ, чаще регистрировались соматовегетативный синдром (100,0% и 80,65%, $p < 0,01$) (табл. 3).

При сравнительном анализе гендерных особенностей невротических реакций выявлено, что гипердинамический и астенический синдромы у девушек отмечались чаще, чем у юношей, во всех изучаемых группах (63,16% и 25,8%, $p < 0,01$; 76,0% и 40,0%, $p < 0,01$; 90,6% и 55,6%, $p < 0,004$ соответственно), а дисморфофобический синдром - в группе без ИЗ (26,3% и 6,4% $p < 0,05$) (табл. 4).

С увеличением выраженности ИЗ увеличение частоты невротических расстройств сохранялось у девушек и юношей.

Таблица 4.

Частота невротических расстройств у девушек и юношей 15-17 лет с различной выраженностью интернет-зависимости (%)

Группа / синдром	Без ИЗ		Риск ИЗ		ИЗ		P1-P2	P1-P3	P2-P3
	д	ю	д	ю	д	ю			
СВ	94,7	80,6	96,0	100,0	100,0	94,4	>0,05	>0,05	>0,05
ГД	63,16	25,8	76,0	40,0	90,6	55,6	<0,01	<0,01	<0,004
Ас	63,16	25,8	76,0	40,0	90,6	55,6	<0,01	<0,01	<0,004
Фоб	36,8	38,7	68,0	44,0	65,6	61,1	>0,05	>0,05	>0,05
Нав	36,8	29,0	36,0	56,0	68,7	50,0	>0,05	>0,05	>0,05
ПХ	63,16	58,0	64,0	64,0	75,0	72,2	>0,05	>0,05	>0,05
ДФ	26,3	6,4	12,0	4,0	28,1	16,7	<0,05	>0,05	>0,05

Следовательно, в процессе формирования ИЗ как у девушек, так и у юношей возрастает частота гипердинамического и астенического синдромов. Кроме того, у девушек увеличивается частота встречаемости фобического и синдрома навязчивых движений. Причем гипердинамический и астенический синдромы у девушек отмечались чаще, чем у юношей. Наши данные согласуются с ранее проведенными исследованиями в которых показано, что девушки более уязвимы к формированию ИЗ в силу эмоционального неблагополучия – страха негативной оценки, социальной тревожности и преобладания негативной аффективности [10, 11, 12, 15].

Обсуждение полученных результатов. Исследование, проведенное среди подростков с ИЗ, выявило высокую частоту различных расстройств, таких как соматовегетативный, гипердинамический, астенический, фобический синдромы и синдром навязчивых движений, по сравнению с их сверстниками без ИЗ. Это указывает на коморбидность ИЗ и невротических расстройств. Высокая частота соматовегетативных и патохарактерологических реакций среди всех групп объясняется особенностями подросткового возраста, когда эмоциональная адаптация еще не завершена.

Подростки, страдающие ИЗ, характеризуются низкой стрессоустойчивостью, неуверенностью в себе и неспособностью справляться с жизненными трудностями. Их стремление к немедленному удовлетворению делает виртуальную жизнь привлекательным способом избежать реальных проблем. [1, 7, 20, 21].

Сравнение подростков с ИЗ и с риском ее развития показало, что у первых чаще встречаются гипердинамический и астенический синдромы, что может быть связано с нарушениями импульсного контроля. [11, 12, 18, 19, 20]. Также была выявлена высокая частота дисморфофобического синдрома у ИЗ подростков, особенно у девушек, что объясняется их более выраженным страхом негативной оценки и негативной аффективностью [10, 11, 17].

Факторы, способствующие формированию ИЗ, включают неразвитые навыки общения, неадекватную самооценку и трудности в управлении стрессом. Интенсивное использование компьютера не только негативно сказывается на психологическом и физическом здоровье подростков, но и создает порочный круг, усугубляющий проблему.

На начальных этапах формирования ИЗ у подростков 15-17 лет наблюдается увеличение частоты соматовегетативного синдрома, далее гипердинамического и астенического, а затем фобического синдрома и синдрома навязчивых движений. Увеличение коморбидности невротических расстройств у подростков с ИЗ указывает на их неспособность к адекватной саморегуляции и самоконтролю, что подчеркивает необходимость разработки эффективных профилактических и терапевтических мер.

Заключение.

1. У подростков с ИЗ, выявляется более высокая частота большинства невротических синдромов: соматовегетативного, гипердинамического, астенического, фобического и синдрома навязчивых движений, чем у сверстников без интернет-зависимости.

2. У девушек более выражены, чем у юношей, все симптомы ИЗ и чаще выявляются гипердинамический, астенический и дисморфофобический синдромы.

3. У подростков выявлена корреляционная взаимосвязь выраженности ИЗ с гипердинамическим и астеническим синдромами.

4. В процессе формирования ИЗ как у девушек, так и у юношей возрастает коморбидность невротических расстройств с увеличением частоты гипердинамического и астенического синдромов. Кроме того, у девушек увеличивается частота встречаемости фобического и синдрома навязчивых движений.

Источники финансирования: авторы заявляют об отсутствии спонсорской поддержки при проведении исследования.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Соответствие принципам этики: проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации, одобрено независимым этическим комитетом ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Все лица, вошедшие в исследование, подписали письменное информированное добровольное согласие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бауэрнхофер К., Папоусек И., Финк А.А. и др. Проблемное поведение при пользовании Интернетом (PIN). Обзор инструментов измерения и факторов риска // *Нейропсихиатрия: клиника, диагностика, терапия и реабилитация. Орган общества австрийских неврологов и психиатров*. 2016. С. 13–23.
2. Губарева Ю.А., Миронова О.И. Нарушения эмоционально-волевой сферы подростков вследствие интернет-зависимости // *Евразийское научное объединение*. 2019. № 6-5 (52). С. 342–344.
3. Зорина И.Г. Многолетняя динамика заболеваемости и диагностика психоневрологических нарушений детей и подростков // *Лучшая исследовательская работа 2021: Сборник статей II Международного научно-исследовательского конкурса*. Петрозаводск, 2022. С. 189–199.
4. Зыкова Ю.В. Проблема интернет-зависимости у подростков (обзор литературы) // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2021. (21). № 4. С. 76–85.
5. Исаков С.А. Анализ вредного воздействия сети интернет на психическое развитие и здоровье подростков // *Развитие правового сознания в образовательном пространстве: Мат-лы 6-й международной науч.-практ. конф. Махачкала, 2019*. С. 34–43.
6. Малыгин В.Л., Феклисов К.А., Искандирова А.Б., Антоненко А.А. Методологические подходы к раннему выявлению интернет-зависимого поведения // *Электронный ресурс. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2011. № 6. http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer03.php.
7. Меркурьева Ю.А., Малыгин В.Л. Особенности социально-психологической адаптации и психопатических феноменов, сопровождающих интернет-зависимость у подростков // *Вопросы наркологии*. 2020. № 4 (187). С. 63–77
8. Семенова Н.Б., Терещенко С.Ю., Эверт Л.С., Шубина М.В. Характеристика психического статуса интернет-зависимых подростков: гендерные и возрастные особенности // *Профилактическая медицина*. 2022. Т. 25, № 8. С. 83–89.
9. Трусова А.В., Гречаный С.В., Поздняк В.В. и др. Психологические факторы риска интернет-зависимости: данные пилотного исследования здоровых молодых взрослых // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019. Т. 29, № 3. С. 23–29.
10. Трусова А.В., Гречаный С.В., Солдаткин В.А. и др. Предикторы развития интернет-аддикции: анализ психологических факторов // *Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020. № 1. С. 72–82.
11. Трусова А.В., Канашов А.Е., Ангеловский А.А. и др. Гендерные различия индивидуально-психологических характеристик у подростков с различным уровнем проявлений интернет-зависимого поведения // *Вопросы наркологии*. 2020. № 4 (187). С. 45–62. doi: https://doi.org/10.47877/0234-0623_2020_4_45.
12. Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Бобошко А.В. и др. Психологические факторы риска и невротические расстройства у подростков с интернет-зависимостью // *Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными*

заболеваниями и травмами: Мат-лы XI межрегиональной науч.-практ. конф. с международным участием. Иваново, 2023. С. 89–90.

13. Холмогорова А.Б., Герасимова А.А. Психологические факторы проблемного использования интернета у девушек подросткового и юношеского возраста // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 3. С. 138–155.

14. Чубаровский В.В., Лабутьева И.С., Кучма В.Р. Пограничные психические расстройства у обучающихся подростков: распространенность, факторы риска, основы психогигиены // Российский педиатрический журнал. 2018. Т. 21, № 3. С. 161–167.

15. Шакун Е.Ю., Лановая А.М., Фадеева Е.В. Зависимость и проблемное использование интернета среди девушек и женщин: распространенность, основные проявления, диагностические инструменты (обзор российских исследований) // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30, № 2 (116). С. 45–66.

16. Шубочкина Е.И. Цифровое пространство и его влияние на образ жизни и здоровье учащейся молодежи (обзор литературы) // Социология медицины. 2021. Т. 20, № 1. С. 89–98.

REFERENCES

1. Baue`rnkhofer K., Papousek I., Fink A.A. i dr. Problemnoe povedenie pri pol`zovanii Internetom (PIN). Obzor instrumentov izmereniya i faktorov riska // Nejropsikhiatriya: klinika, diagnostika, terapiya i reabilitacziya. Organ obshhestva avstrijskikh nevrologov i psikhiatrov. 2016. S. 13–23.

2. Gubareva Yu.A., Mironova O.I. Narusheniya e`mocional`no-volevoj sfery` podrostkov vsledstvie internet-zavisimosti // Evrazijskoe nauchnoe ob`edinenie. 2019. # 6-5 (52). S. 342–344.

3. Zorina I.G. Mnogoletnyaya dinamika zaboлеваemosti i diagnostika psikhonevrologicheskikh narushenij detej i podrostkov // Luchshaya issledovatel`skaya rabota 2021: Sbornik statej II Mezhdunarodnogo nauchno-issledovatel`skogo konkursa. Petrozavodsk, 2022. S. 189–199.

4. Zy`kova Yu.V. Problema internet-zavisimosti u podrostkov (obzor literatury`) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2021. (21). # 4. S. 76–85.

5. Isakov S.A. Analiz vrednogo vozdejstviya seti internet na psikhicheskoe razvitie i zdorov`e podrostkov // Razvitie pravovogo soznaniya v obrazovatel`nom prostranstve: Mat-ly` 6-j mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. Makhachkala, 2019. S. 34–43.

6. Maly`gin V.L., Feklisov K.A., Iskandirova A.B., Antonenko A.A. Metodologicheskie podkhody` k rannemu vy`yavleniyu internet-zavisimogo povedeniya // E`lektronny`j resurs. Mediczinskaya psikhologiya v Rossii: e`lektron. nauch. zhurn. 2011. # 6. http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer03.php.

7. Merkur`eva Yu.A., Maly`gin V.L. Osobennosti soczial`no-psikhologicheskoy adaptaczii i psikhopaticheskikh fenomenov, soprovozhdayushhikh internet-zavisimost` u podrostkov // Voprosy` narkologii. 2020. # 4 (187). S. 63–77

8. Semenova N.B., Tereshhenko S.Yu., E`vert L.S., Shubina M.V. Kharakteristika psikhicheskogo statusa internet-zavisimy`kh podrostkov: genderny`e i vozrastny`e osobennosti // Profilakticheskaya mediczina. 2022. Т. 25, # 8. S. 83–89.

-
9. Trusova A.V., Grechany`j C.V., Pozdnyak V.V. i dr. Psikhologicheskie faktory` riska internet-zavisimosti: danny`e pilotnogo issledovaniya zdorovy`kh molody`kh vzrosly`kh // *Soczial`naya i klinicheskaya psixiatriya*. 2019. T. 29, # 3. S. 23–29.
10. Trusova A.V., Grechany`j S.V., Soldatkin V.A. i dr. Prediktory` razvitiya internet-addiczii: analiz psikhologicheskikh faktorov // *Obozrenie psixiatrii i mediczinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020. # 1. S. 72–82.
11. Trusova A.V., Kanashov A.E., Angelovskij A.A. i dr. Genderny`e razlichiya individual`no-psikhologicheskikh kharakteristik u podrostkov s razlichny`m urovnem proyavlenij internet-zavisimogo povedeniya // *Voprosy` narkologii*. 2020. # 4 (187). S. 45–62. doi: https://doi.org/10.47877/0234-0623_2020_4_45.
12. Fil`kina O.M., Kocherova O.Yu., Boboshko A.V. i dr. Psikhologicheskie faktory` riska i nevroticheskie rasstrojstva u podrostkov s internet-zavisimost`yu // Aktual`ny`e voprosy` profilaktiki, rannej diagnostiki, lecheniya i mediczinskoj reabilitaczii bol`ny`kh s neinfekcionny`mi zabolevaniyami i travmami: Mat-ly` XI mezhregional`noj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem. Ivanovo, 2023. S. 89–90.
13. Kholmogorova A.B., Gerasimova A.A. Psikhologicheskie faktory` problemnogo ispol`zovaniya interneta u devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta // *Konsul`tativnaya psikhologiya i psixoterapiya*. 2019. T. 27. # 3. S. 138–155.
14. Chubarovskij V.V., Labu`eva I.S., Kuchma V.R. Pogranichny`e psikhicheskie rasstrojstva u obuchayushhikhsya podrostkov: rasprostranennost`, faktory` riska, osnovy` psikhogigieny` // *Rossijskij pediatricheskij zhurnal*. 2018. T. 21, # 3. S. 161–167.
15. Shakun E.Yu., Lanovaya A.M., Fadeeva E.V. Zavisimost` i problemnoe ispol`zovanie interneta sredi devushek i zhenshhin: rasprostranennost`, osnovny`e proyavleniya, diagnosticheskie instrumenty` (obzor rossijskikh issledovaniy) // *Konsul`tativnaya psikhologiya i psixoterapiya*. 2022. T. 30, # 2 (116). S. 45–66.
16. Shubochkina E.I. Cifrovoe prostranstvo i ego vliyanie na obraz zhizni i zdorov`e uchashhejsya molodezhi (obzor literatury`) // *Socziologiya medicziny`*. 2021. T. 20, # 1. S. 89–98.
17. Cataldo I., Lepri B., Neoh M.J.Y., Esposito G. Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review. // *Frontiers in Psychiatry*. 2021. Vol. 11. P. 508595. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.508595>
18. Chung S., Lee J., Lee H.K. Personal factors, internet characteristics, and environmental factors contributing to adolescent internet addiction: a public health perspective // *Int. J. Environ Res Public Health*. 2019. Vol. 16, № 23. P. 4635. doi: [10.3390/ijerph16234635](https://doi.org/10.3390/ijerph16234635)
19. Huang C. A meta-analysis of the problematic social media use and mental health // *The International journal of social psychiatry*. 2022. Vol. 68, № 1. P. 12–33. doi: <https://doi.org/10.1177/0020764020978434>
20. Lin C.-Y., Namdar P., Griffiths M.D., Pakpour A.H. Mediated roles of generalized trust and perceived social support in the effects of problematic social media
-

use on mental health: a cross-sectional study // Health Expectations. 2021. – Vol. 24. P. 165–173. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.13169>

21. Pekpazar A., Aydın G.K., Aydın U. et al. Role of Instagram Addiction on Academic Performance among Turkish University Students: Mediating Effect of Procrastination // Computers and Education Open. 2021. Vol. 2. P. 100049. doi: [10.1016/j.caeo.2021.100049](https://doi.org/10.1016/j.caeo.2021.100049)

22. Wartberg L., Thomasius R., Paschke K. The relevance of emotion regulation, procrastination, and perceived stress for problematic social media use in a representative sample of children and adolescents // Computers in Human Behavior. 2021. Vol. 121. P. 106788. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106788>.

O.Yu. Kocherova, O.M. Filkina, A.V. Boboshko, E.A. Vorobyeva, N.V. Dolotova
FREQUENCY AND GENDER FEATURES OF NEUROTIC DISORDERS
IN TEENAGERS AGED 15-17 WITH VARIOUS SEVERITY
OF INTERNET-ADDICTION

Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkov (Ivanovo).

Summary. Due to the critical increase in information load, the problem of maintaining the mental health of children and adolescents has acquired exceptional importance. The aim of the study was to establish the frequency and gender characteristics of neurotic disorders in adolescents aged 15-17 with varying degrees of Internet addiction. The assessment of Internet addiction in adolescents was carried out using S. Chen's method, symptoms and syndromes of neurotic disorders were identified using the author's questionnaire. With the increase in the severity of Internet addiction in adolescents, the frequency of neurotic disorders increased, a correlation was found between the severity of Internet addiction and hyperdynamic and asthenic syndrome. In girls, all symptoms of Internet addiction are more pronounced, and hyperdynamic, asthenic and dysmorphophobic syndromes are detected more often than in young men.

Keywords: adolescents, Internet addiction, neurotic disorders, gender characteristics.

**ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СТРЕССА
В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ АКТЕРСКОМУ МАСТЕРСТВУ**

¹ФГБНУ «Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований», ²ФГБУ ВО «Российский институт театрального искусства – ГИТИС», ³АНО ВО «Институт современного искусства» (Москва).

Резюме. Представлены результаты качественного исследования специфики учебно-профессионального стресса студентов, обучающихся актерскому мастерству. На основе результатов анкетирования были выявлены основные факторы стресса, виды реакции на стресс и стратегии совладания, а также отношение студентов к психологической помощи. Сделан вывод об актуальности организации доступной психологической поддержки для студентов внутри творческих вузов.

Ключевые слова: психология актера, студенты-актеры, психологический стресс, копинг-стратегии, качественное исследование

Введение. Получение любого профессионального образования наряду с новыми знаниями и впечатлениями часто приносит в жизнь человека и новые источники стресса. Согласно данным ряда исследователей, депрессию в тяжелой и очень тяжелой формах переживают 14,6% и 8,6% студентов соответственно, а сильную тревогу испытывает почти каждый второй студент [12]. Академический стресс оказывает негативное влияние на способность молодых людей к обучению, показатели успеваемости, успешность в трудоустройстве, качество и количество сна, физическое и психическое здоровье [13].

Подобные результаты справедливы для студентов в целом, однако отдельного внимания в качестве фактора стресса заслуживает и специфика процесса обучения различным профессиям. Так, в исследованиях, посвященных особенностям обучения начинающих спортсменов и студентов-медиков, показано, что освоение данных профессий часто сопряжено с жесткой критикой, авторитарной позицией педагогов и рядом эмоциональных трудностей. При этом респонденты отмечают, что подобные явления воспринимаются ими как нормальная часть обучения и показатель сложности выбранной профессии [15, 16].

В одном из зарубежных исследований было показано, что у студентов, изучающих различные виды исполнительского искусства (актеров и певцов), стресс являлся предиктором сразу нескольких форм психологического неблагополучия, а именно: ослабление контроля над окружением, падение мотивации к личностному росту, снижение меры позитивного самоотношения и самопринятия [11].

Проведенное нами исследование личностных изменений студентов театрального колледжа в процессе обучения выявило значительный рост показателей тревожности и напряженности респондентов от 1 к 4 курсу. Это может быть связано как с ситуацией постоянной внешней оценки со стороны педагогов и сокурсников (показы, спектакли, фестивали), так и с развитием профессионально

важных качеств (восприимчивость к конфликтам, эмоциональная чувствительность) [6]. Отметим, что профессия «актер», с одной стороны, безусловно относится к творческой деятельности, направленной на сценическое перевоплощение и максимально полное воплощение образа. С другой стороны, она требует серьезных физических и психологических затрат, сопряжена с постоянной публичностью, при этом часто актеры сталкиваются с нестабильностью своей профессиональной занятости, высокой конкуренцией и другими трудностями.

Данные статистики показывают, что из 1300 студентов-актеров, выпускающихся ежегодно, каждый пятый не способен в дальнейшем устроиться на работу по специальности [9]. Многие выпускники актерских факультетов не имеют реальных навыков и выдержки для постоянного поиска новых ролей в кино, а мест в театрах хватает не всем.

Результаты сравнительного анализа личностных характеристик разных поколений студентов-актеров проявляют и поколенческую динамику личности актера: студенты-актеры 1970-х гг. демонстрировали выраженный оптимизм, веру в удачу и благоприятный исход событий, а также умеренную склонность к риску, в то время как современные студенты-актеры (2010–2020 гг.) менее оптимистичны и больше склонны рисковать [5]. Данная динамика характеризует настоящее время как эпоху вызовов и неопределенности для молодых актеров, способствующую формированию соответствующих личностных характеристик.

В исследовании, посвященном изучению факторов стресса у профессиональных актеров, было показано, что основными причинами стресса у них являются личные профессиональные трудности («бездарно/плохо сыграл спектакль», «дают роль, не соответствующую статусу») и проблемы с коммуникацией в рабочем процессе. Основными стратегиями совладания со стрессом актеры называют дистанцирование («...отключиться, абстрагироваться <...> уединение, тишина») или избегание проблем («Режу. Выспаться, поесть сладкого, посмотреть комедию»). При этом респонденты проявляют выраженное положительное отношение к психологической помощи, в том числе указывают на необходимость психологического сопровождения и образования на этапе обучения будущих актеров в вузе [4].

Таким образом, обучение актерской профессии можно рассматривать как весьма стрессогенную ситуацию, требующую внимания со стороны педагогов и психологов. В одном из обзоров по теме академического стресса подчеркивается, что хотя множество исследовательских работ указывает на повышение общего уровня стресса среди студентов высших учебных заведений, истинный масштаб проблемы неизвестен из-за специфики самого понятия «стресс»: количественные методы могут не справляться с точной оценкой ситуации, так как то, что один человек может рассматривать как показатель нахождения в состоянии стресса, другой может таковым не считать [14]. В связи с этим для изучения особенностей переживания профессионального стресса студентами-актерами нами был выбран качественный подход, поскольку он позволяет получить наиболее точные данные о причинах стресса, специфике его переживания и способов совладания.

Материал и методы. В исследовании принял участие 101 студент, обучающийся актерскому мастерству в российских вузах. Возраст участников варьировался от 15 до 27 лет ($M=21$), 55,4 % всей выборки составили женщины. Среди них были студенты 1–4 курсов актерского факультета Российского института театрального искусства (ГИТИС, Москва) и 2 курса актерского факультета Ивановского колледжа культуры.

Представления студентов о стрессе изучались с помощью авторской анкеты, состоящей из 6 открытых вопросов: «Какие ситуации в вашей профессии вызывают у вас негативные переживания?», «Как вы реагируете на них?», «Что Вы делаете, чтобы восстановиться после трудной жизненной ситуации?», «Всегда ли Вы можете самостоятельно справиться со своими негативными переживаниями? К кому обращаетесь, если не справляетесь сами?», «Как вы думаете, чем психолог может быть полезен в вашей профессии?», «Есть ли у вас опыт обращения к психологу? Как вы его оцениваете?». Дополнительно фиксировались пол и возраст респондентов. Данные анкет были обработаны методом тематического анализа [1], в результате которого ответы на каждый вопрос были объединены в тематические категории.

Результаты и обсуждение. В статье будут представлены следующие аспекты переживания стресса в процессе обучения актерскому мастерству: (1) факторы, вызывающие стресс у студентов-актеров, (2) чувства которые они испытывают во время стресса, (3) стратегии совладания, которые они применяют в стрессовых ситуациях и (4) их отношение к психологической помощи и опыт обращения к психологу.

Факторы стресса. С помощью тематического анализа ответы респондентов на вопрос «Какие ситуации в вашей профессии вызывают у вас негативные переживания?» были распределены на пять категорий (табл. 1): востребованность (беспокойство о результатах кастинга, прослушивания; тревога в связи с отсутствием работы); коммуникация (трудности в общении с сокурсниками, преподавателями, представителями съемочной группы, руководством); условия труда (организационные трудности, субъективное недовольство условиями обучения и труда); личные профессиональные трудности (сложности обучения или недовольство собой) и другое («внутренняя пустотность», «болезнь», «чрезмерная ответственность», «незаинтересованность процессом, когда меня недооценивают», «делать что-то вынужденно»).

Таблица 1.

Распределение ответов на вопрос «Какие ситуации в вашей профессии вызывают у вас негативные переживания?» по тематическим категориям.

Факторы стресса	Количество ответов
Трудности в коммуникации	53,8%
Личные профессиональные трудности	24,6%
Условия труда	10,8%
Востребованность	6,2%
Другое	4,6%

Как видно из таблицы 1, чаще всего студенты указывают на коммуникативные трудности как источник негативных переживаний в профессиональной деятельности: этой теме был посвящен каждый второй ответ.

Обратим внимание на содержание данных коммуникативных трудностей. В основном студентов беспокоят учебно-рабочие конфликты: часто в качестве причин упоминаются «надменность», «несправедливость», «лицемерие» и даже «предательство» со стороны других студентов и преподавателей. Однокурсники одновременно рассматриваются и как партнеры по сцене, и как потенциальные конкуренты (в одном из ответов приведена следующая формулировка: «беспокоит нахождение в коллективе, где плетут интриги и любят скандалы»). Также студенты указывают на непрофессионализм своих однокурсников. Так, например, одна из студенток обозначила в качестве главного фактора стресса «глупость и инфантилизм коллег», другая сообщила, что для нее стрессовой является ситуация, «когда люди не выполняют то, что от них требуется, опаздывают на репетицию, позволяют себе проявлять бескультурное поведение по отношению к педагогам».

Помимо сложностей во взаимодействии со своими однокурсниками, студенты-актеры указывают и на трудности общения с преподавателями. Например, один из студентов указал на «энергетический вампиризм некоторых педагогов», а другой сообщил, что переживает стресс «когда педагог/режиссёр уничтожает тебя абсолютно неприятными выражениями о тебе самом». Помимо этого, причинами негативных переживаний студентов выступает недостаток внимания и похвалы со стороны преподавателей по актерскому мастерству.

Указание на проблемы с коммуникацией в творческой работе с преподавателями и другими студентами в качестве основной причины профессионального стресса важно в связи с формулировкой вопроса анкеты: студентов спрашивали о ситуациях в профессии, вызывающих негативные переживания, но наиболее проблемной категорией оказались не содержательные аспекты деятельности, а социальные взаимоотношения, в рамках которых она происходит. Одной из основных задач юношеского возраста (к которому относятся студенты-актеры) выступает установление близких, доверительных отношений с другими людьми, завершение формирования самоидентичности личности [10]. При этом процесс обучения в театральном вузе предполагает особое внимание к коллективному взаимодействию и совместному творчеству [7]. Таким образом, перед студентами-актерами в качестве одной из важнейших стоит задача формирования связей с однокурсниками и преподавателями, с которыми они взаимодействуют и в межличностном, и в профессиональном контексте.

Эмоциональные реакции на стресс. С помощью тематического анализа ответы респондентов на вопрос «Как вы реагируете на стрессовые ситуации в вашей профессиональной деятельности?» были распределены на четыре категории: страх, гнев, тревога и депрессия, причем к последней категории были отнесены переживания угнетения, подавленности, отсутствия мотивации, а также ответы, где респонденты непосредственно описывают свое состояние как «депрессивное». В категорию «Другое» были отнесены такие специфические со-

стояния, как «растерянность», «зависть», «неуслышание себя» и «хочется спрятаться» (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение ответов на вопрос «Как вы реагируете на стрессовые ситуации в вашей профессиональной деятельности?» по тематическим категориям.

Эмоциональная реакция	Количество ответов
Гнев	39,8%
Депрессия	28,3%
Тревога	13,9%
Другое	9,6%
Страх	8,4%

Наиболее распространенным переживанием у студентов-актеров в стрессовых ситуациях оказался «гнев», его испытывает почти 40% респондентов. Больше четверти респондентов указывают на депрессивные состояния, остальные категории встречаются значительно реже.

Распространенность гнева среди эмоциональных реакций соотносится с коммуникативными трудностями, которые студенты считают главной причиной своего стресса. В данный фактор преимущественно входят различные конфликты и ссоры с окружающими: студенты злятся на преподавателей и однокурсников, а иногда и на самих себя. Здесь важно заметить, что злость, испытываемая студентами, является еще одним показателем критической значимости социальных взаимоотношений с группой и наставниками.

В академической среде актера его однокурсники – это и его коллеги. Яркое недовольство их непрофессионализмом отражает то, насколько важна слаженная работа группы в актерской среде. К.С. Станиславский отдельно отмечал сложность истинного сценического общения, указывая, что гораздо проще притвориться общающимся, чем реально наладить контакт с партнером в момент проживания чужих мыслей [8]. Несомненно, еще сложнее наладить контакт с партнером, который сам по себе актеру неприятен или же плохо выполняет свою часть работы. Сложности коммуникации в группе ведут к невозможности реализовать истинное сценическое общение, что может негативно сказываться на освоении студентами актерской деятельности.

Также важно отметить, что описания студентами-актерами своих переживаний очень яркие и часто проявляют их художественное восприятие: «Жгущее ощущение, пронизывающее до кончиков пальцев, появляющееся резко, сопровождающееся ощущением «удара» или «порванной струны» где-то внутри. После этого это жгущее тепло в мгновение разливается по телу, что-то похожее происходит перед дракой или перед резким вертикальным падением, когда земля уходит из-под ног».

Стратегии совладания. Ответы респондентов на вопрос «Что Вы делаете, чтобы восстановиться после трудной жизненной ситуации?» были распределены относительно 8 стратегий совладания, выделенных Р. Лазарусом и С. Фолкман [2, 3]. Анализ полученных результатов показал, что студенты-актеры, как

правило, выбирают три стратегии совладания: бегство-избегание, дистанцирование и поиск социальной поддержки (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение ответов на вопрос «Что Вы делаете, чтобы восстановиться после трудной жизненной ситуации?» по тематическим категориям

Эмоциональная реакция	Количество ответов
Бегство-избегание	34,6%
Дистанцирование	28,9%
Поиск социальной поддержки	20,8%
Самоконтроль	5,7%
Положительная переоценка	4,4%
Планирование решения	3,1%
Принятие ответственности	1,9%
Конфронтация	0,6%

Стратегия «бегство-избегание» встречается у студентов-актеров наиболее часто: им свойственно уклоняться от проблемы вместо того, чтобы ее решать, при этом осознание проблемной ситуации сохраняется. Характерное описание применения данной стратегии звучит так: «Плачу, танцую и занимаюсь приятными делами».

Чуть реже студенты используют похожую стратегию «дистанцирование», в рамках которой негативные чувства по отношению к сложной ситуации преодолеваются за счет уменьшения субъективной вовлеченности в нее. Так, один из студентов справляется с негативными чувствами следующим образом: «Дышу воздухом <...> Смотрю на деревья, землю и небо!».

Каждый пятый студент в стрессовых ситуациях обращается за поддержкой к другим людям. Чаще всего это члены семьи и близкие друзья, причем данная поддержка носит именно эмоциональный характер: разговоры используются для разгрузки, а не для поиска информации или помощи.

Все эти стратегии направлены на отстранение от негативных эмоций: прямое их избегание, понижение из субъективной значимости или поиск сочувствия. Все это может говорить об определенной эмоциональной незрелости, проявляемой студентами-актерами, что, в свою очередь, указывает на необходимость качественного психологического образования актеров и организации их профессиональной психологической поддержки.

Отношение к психологии. Ответы респондентов на вопрос «К кому вы обращаетесь, если не справляетесь с негативными переживаниями самостоятельно?» распределились на три категории: «справляюсь самостоятельно», «обращаюсь к близким (родственникам, друзьям)» и «обращаюсь за профессиональной помощью». Примерно одинаковое количество студентов-актеров предпочитают справляться со стрессом самостоятельно и искать помощь у близких, тогда как за профессиональной помощью обращается только один из десяти респондентов (табл. 4).

Таблица 4.

Распределение ответов на вопрос «К кому вы обращаетесь, если не справляетесь с негативными переживаниями самостоятельно?» по тематическим категориям

Обращение за помощью	Количество ответов
Обращаются к близким	45,4%
Самостоятельно	43,3%
Обращаются за профессиональной помощью	11,3%

Такое небольшое количество студентов, обращающихся в сложной ситуации к психологу, неудивительно: меньше половины респондентов имеет опыт работы с психологом (46,5%) что в целом может быть связано с возрастной спецификой: далеко не все студенты обладают необходимыми финансовыми ресурсами и психологической зрелостью для целенаправленного поиска профессиональной психологической помощи.

При этом среди тех, кто имеет подобный опыт, большинство оценивает его положительно – 59,1%; отрицательные впечатления о работе с психологом остались у 22,7% респондентов, 18,2% оценили свои впечатления как нейтральные.

Содержательный анализ ответов на вопрос о том, чем именно психолог мог бы быть полезен актеру, выявил следующие категории ответов: «Специальная профессия» (отдельный специалист, занимающийся психологией актерской деятельности), «Психолог как эксперт при подготовке к роли», «Помощь в решении личных проблем», «Полезен всем», «Не нужен» и «Не знаю» (табл. 5).

Таблица 5.

Распределение ответов на вопрос «Как вы думаете, чем психолог может быть полезен в вашей профессии?» по тематическим категориям

Психологическая помощь актерам	Количество ответов
Помощь в решении личных трудностей	26,7%
Полезен всем	26,7%
Специальная профессия	25,7%
Психолог как эксперт при подготовке к роли	8,9%
Не нужен	6,9%
Не знаю	5,0%

Отвечая на вопрос о том, как они оценивают свой опыт обращения к психологу, респонденты, высказавшиеся положительно, дали достаточно общие ответы, например: «помог стабилизировать эмоциональное состояние» или «поддерживать разум в чистоте». Подобная недифференцированность проявляется и в ответах на вопрос о возможностях организации психологической помощи для актеров. Суммарно более 50% респондентов считают, что психолог полезен всем или его квалификация может помочь в решении личных трудностей (проблемы в отношениях, личностные кризисы и др.). Только четверть указывает на необходимость специально подготовленных психологов, ориентированных на помощь именно актерам в профессиональных вопросах. При этом десятая часть студентов либо не знает, чем может быть полезен психолог, либо не видит в нем необходимости в принципе. Как при выражении нужды в психологах, так и при ее отрицании студенты практически не фиксируют конкретные причины своей позиции. Можно предположить, что студенты-актеры мало осведомлены о возможностях профессиональной психологической помощи, что не может не сказываться на эффективности их совладания со стрессом.

Выводы. Результаты исследования показали, что студенты в процессе обучения актерскому мастерству испытывают существенный стресс, в основном связанный с коммуникативными трудностями при взаимодействии с преподавателями и сокурсниками. При этом у них отсутствует четкое понимание того, как психологическая помощь может помочь им с этими справиться.

Снижению уровня стресса может способствовать внедрение программ психологического просвещения и расширение спектра психологических дисциплин, преподаваемых в творческих вузах. Такие программы и дисциплины могли бы обучать студентов распознавать признаки стресса, развивать навыки проблемно-ориентированного совладания и эффективной коммуникации, что помогало бы им как в повседневном общении, так и при взаимодействии с партнерами по сцене.

Другой важной задачей является организация доступной психологической помощи внутри учебных заведений. Регулярные консультации с психологами, группы поддержки и специализированные тренинги могут значительно облегчить переживание трудностей и способствовать успешной адаптации студентов-актеров к высокому уровню эмоциональной нагрузки, который сопровождает их профессиональное становление. Добавим, что внедрение подобных практик требует выраженной организационной поддержки и ценностной солидарности со стороны руководства творческих вузов и педагогов профессиональных дисциплин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бусыгина Н.П. Качественные и количественные методы исследования в психологии. М.: Юрайт, 2015. 314 с.

2. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. 2007. № 3. С. 93–112.

3. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. Л.: Медицина, 1970. С. 57–92.

4. Петракова А.В., Лыкова Т.А., Сиян М.В. Факторы стресса у актеров: качественное исследование // Вопросы психологии. 2024. Т. 70. № 2. С. 88–98.

5. Собкин В.С., Лыкова Т.А., Петракова А.В. Студенты-актеры разных поколений: инвариантность и изменчивость личностных характеристик // Культурно-историческая психология. 2023. Т. 19. № 4. С. 90–99. doi: 10.17759/chp.2023190409

6. Собкин В.С., Лыкова Т.А., Собкина А.В. Диагностика структурных особенностей личностных изменений у студентов театрального колледжа на разных этапах обучения // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 4. С. 83–100. doi: 10.17759/cpp.2018260406

7. Собкин В.С., Лыкова Т.А., Собкина А.В. Психология актера: начало профессионального пути. М.: ФГБНУ «ИУО РАО», 2021. 210 с.

8. Станиславский К.С. Работа актера над собой. М.: АСТ, 2017. 480 с.

9. ТАСС. Каждый пятый выпускник театральных вузов в России не устраивается по специальности. URL: <https://tass.ru/kultura/14425037> (дата обращения: 06.10.2024).

10. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Издат. группа «Прогресс», 1996. 270 с.

REFERENCES

1. Busy`gina N.P. Kachestvenny`e i kolichestvenny`e metody` issledovaniya v psikhologii. M.: Yurajt, 2015. 314 s.

2. Kryukova T.L., Kuftyak E.V. Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptacziya metodiki WCQ) // Zhurnal prakticheskogo psikhologa. 2007. # 3. S. 93–112.

3. Lazarus R. Teoriya stressa i psikhofiziologicheskie issledovaniya // E`mocional`ny`j stress / Pod red. L. Levi. L.: Mediczina, 1970. S. 57–92.

4. Petrakova A.V., Ly`kova T.A., Siyan M.V. Faktory` stressa u akterov: kachestvennoe issledovanie // Voprosy` psikhologii. 2024. T. 70. # 2. S. 88–98.
5. Sobkin V.S., Ly`kova T.A., Petrakova A.V. Studenty`-aktery` razny`kh pokolenij: invariantnost` i izmenchivost` lichnostny`kh kharakteristik // Kul`turno-istoricheskaya psikhologiya. 2023. T. 19. # 4. S. 90–99. doi: 10.17759/chp.2023190409
6. Sobkin V.S., Ly`kova T.A., Sobkina A.V. Diagnostika strukturny`kh osobennostej lichnostny`kh izmenenij u studentov teatral`nogo kolledzha na razny`kh e`tapakh obucheniya // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2018. T. 26. # 4. S. 83–100. doi: 10.17759/cpp.2018260406
7. Sobkin V.S., Ly`kova T.A., Sobkina A.V. Psikhologiya aktera: nachalo professional`nogo puti. M.: FGBNU «IUO RAO», 2021. 210 s.
8. Stanislavskij K.S. Rabota aktera nad soboj. M.: AST, 2017. 480 s.
9. TASS. Kazhdy`j pyaty`j vy`pusknik teatral`ny`kh vuzov v Rossii ne ustraivaetsya po special`nosti. URL: <https://tass.ru/kultura/14425037> (data obrashheniya: 06.10.2024).
10. E`rikson E`. Identichnost`: yunost` i krizis. M.: Izdat. gruppa «Progress», 1996. 270 s.
11. Ahmad G., Kausar S. Perceived Stress, Self-Efficacy and Psychological Wellbeing Among Performing Arts Students // Academic Journal of Social Sciences 2021. Vol. 5. № 3. P. 279–291. doi: <https://doi.org/10.54692/ajss.2021.531509>
12. Asif S., Mudassar A., Shahzad T.Z., Raouf M., Pervaiz T. Frequency of depression, anxiety and stress among university students // Pakistan Journal of Medical Sciences. 2020. Vol. 36. № 5. P. 971–976. doi: 10.12669/pjms.36.5.1873.
13. Pascoe M.C., Hetrick S.E., Parker A.G. The impact of stress on students in secondary school and higher education // International Journal of Adolescence and Youth. 2020. Vol. 25. № 1. P. 104–112. doi: 10.1080/02673843.2019.1596823.
14. Robotham D. Stress among higher education students: Towards a research agenda // Higher Education. 2008. Vol. 56. P. 735–746.
15. Sheehan K.H., Sheehan D.V., White K., Leibowitz A., Baldwin D.C. A pilot study of medical student «abuse». Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school // The Journal of the American Medical Association. 1990. Vol. 263, № 4. P. 533–537.
16. Stirling A.E., Kerr G.A. Defining and categorizing emotional abuse in sport // European Journal of Sport Science. 2008. Vol. 8, № 4. P. 173–181. doi: 10.1080/17461390802086281.

M.V. Siyan¹, T.A. Lykova^{1,2}, A.V. Petrakova^{1,3}

EXPERIENCE OF STRESS IN THE PROCESS OF ACTING TRAINING
¹Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research», ²Russian Institute of Theatrical Art - GITIS, ³Institute of Contemporary Art (Moscow).

Summary: The results of a qualitative study of the specifics of educational and professional stress of students studying acting are presented. Based on the results of open questionnaires, the main stress factors, types of reactions to stress and coping strategies, as well as students' attitudes towards psychological help were identified. The conclusion about the relevance of organizing accessible psychological support for students within creative universities is made.

Keywords: actor's psychology, student actors, psychological stress, coping strategies, qualitative research.

УДК 616.89

**Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина, А.Г. Головина
К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье обсуждаются возможные механизмы генеза острых психотических расстройств, развивающихся в процессе лечения онкогематологических заболеваний. Отмечено, что в возникновении экзогенной психической патологии психотического уровня значимую роль могут играть, как внешние провоцирующие факторы, в частности, химиотерапевтические препараты, так и особая «почва», облегчающая развитие подобных расстройств. Приводится пример и анализ этого клинического случая.

Ключевые слова. Онкогематология, психотические состояния, психопатологический диатез, дети, подростки.

Заслуженное внимание детских психиатров и онкопедиатров привлекают острые психотические расстройства, возникающие в процессе лечения злокачественных заболеваний системы крови у детей и подростков. В современных публикациях психотические синдромы, наблюдаемые у больных разного возраста с злокачественными заболеваниями системы крови, принято связывать с тяжестью соматического состояния, особенностями проводимой терапии (использованием токсичных химиопрепаратов, высоких доз кортикостероидов, иммуномодуляторов), наличием коморбидных психических расстройств, нейрорейкемией, поражением головного мозга с развитием энцефалита [1, 2, 6, 7, 12, 13]. Несмотря на высокую нейротоксичность современных противоопухолевых препаратов, психические нарушения психотического уровня среди детей и подростков, страдающих онкологическими заболеваниями, в клинической практике детских онкологов, по нашим наблюдениям, еще 10-12 лет назад встречались не часто [5]. Но в последние годы мы наблюдаем тенденцию к увеличению числа подобных случаев. Обоснованных объяснений этому феномену в литературе мы не нашли, однако можем высказать предположение, что появление в арсенале онкопедиатров нового класса противоопухолевых препаратов (моноклональных антител), в инструкции к которым прописаны относительно частые возможные побочные эффекты в виде развития психотических расстройств, является одним из факторов, обуславливающих учащение данной патологии у получающих противоопухолевое лечение детей.

Вместе с тем нельзя забывать, что экзогенные психотические феномены в процессе лечения развиваются далеко не у всех, получающих подобные препараты, поэтому данный факт нуждается в объяснении и проведении дальнейших исследований в этой области медицинской науки. Одной из значимых, с нашей

точки зрения, причин развития психотического расстройства в ситуации противоопухолевого лечения могут быть наследственно обусловленные конституциональные особенности больного, облегчающие развитие психоза, который является по патогенетическому происхождению экзогенным¹. Наши рассуждения опираются прежде всего на классическую отечественную психиатрическую школу – учение о нозосе (nosos) и патосе (pathos) в психиатрии А.В. Снежневского [8], представление об особой («шизофренической») конституции П. Б. Ганнушкина [3], а также современные исследования о «психопатологическом диатезе» С.Ю. Циркина [10, 11], А.П. Коцюбинского [4], С.Г. Сукиасяна [9].

Согласно этим научным воззрениям, важным фактором риска развития психической патологии является диатез – т. е. уязвимость к определенным заболеваниям, в основе которой лежат генетически закодированные нейробиологические особенности [9, 10]. Собственно общемедицинское понятие «диатез» подразумевает врожденную конституциональную предрасположенность к какой-либо болезни. В психиатрии, в частности, используется определение «психопатологический диатез», т. е. состояние, предрасполагающее к развитию под влиянием разных факторов (экзогенных, психогенных и эндогенных) разнообразной психической патологии. По определению С.Ю. Циркина, основными клиническими проявлениями динамики психопатологического диатеза является «закономерное чередование или смешение реактивных и аутохтонных состояний», при этом «при психопатологическом диатезе помимо двух указанных механизмов формирования расстройств (реакций или аутохтонных фаз, или эндо-реакций) всегда выявляется и еще один: врожденные аномалии личности, хотя в большинстве случаев и относительно неглубокие. Эти аномалии заключаются в различных проявлениях когнитивной или, дополнительно, эмоциональной дефицитарности, качественно аналогичной той, что наблюдается при шизофрении» [10, 11].

Острая психотическая патология весьма затрудняет процесс лечения опасного соматического недуга, для ее купирования всегда необходимо назначение антипсихотических препаратов, не только совместимых с противоопухолевой терапией, но и применяемых с учетом тяжелого соматического статуса пациента. Поэтому при терапии психотических состояний необходимо и обращать внимание на «синдром-мишень», и оценивать тяжесть соматического состояния, и учитывать повышенную проницаемость гематоэнцефалического барьера, усиливающую восприимчивость к психотропным средствам, и также иметь ввиду особенности лекарственного взаимодействия антипсихотических и химиотерапевтических препаратов (например, опасность развития желудочковых аритмий при совместном применении фенотиазинов, бутирофенонов и доксорубицина). В связи с этим нейролептики в таких случаях назначаются детям и подросткам короткими курсами и зачастую оказывают положительный эффект в субтерапевтических дозах.

¹ В данной публикации мы не обсуждаем психотические расстройства, генез которых связан с обострением или дебютом шизофренического процесса у страдающих онкологическими заболеваниями детей и подростков.

В качестве примера приведем историю болезни подростка с онкогематологической патологией, которого мы наблюдали в течение 10 лет и после выздоровления.

Пациент X. 20.03.1997 г. р.

Впервые нами он был осмотрен в возрасте 14 лет в отделении онкогематологии Морозовской ДБ по просьбе матери и детского онколога в связи с изменением психического состояния.

Жалобы при обращении на повышенную моторную активность, беспричинный смех, неадекватное поведение (пытался обнимать прохожих на улице), высказывал идеи собственного превосходства.

Из анамнеза со слов матери известно, что отец давно вне семьи (с младенческого возраста ребенка), сыном не интересовался, был «странный», инфантильный, «витал в облаках», строил нереальные планы. После развода новой семьи не завел, жил со своей матерью, работал, у психиатров никогда не наблюдался. Мать – общительная, тревожная, отмечает перепады настроения с подросткового возраста, пользовалась услугами психотерапевта. В юности лечилась в психотерапевтическом отделении по поводу снижения настроения «из-за несчастной любви», в дальнейшем специфическую терапию не получала. В семье отчим, находится с мальчиком в хороших отношениях.

Пациент – от первой беременности, протекавшей с токсикозом на всем протяжении, многоводием. Роды в срок, самостоятельные, затяжные, тяжелые. Родился в асфиксии, отмечалось двойное обвитие пуповины, закричал не сразу, проводились реанимационные мероприятия. Выписан через 10 дней. Вес при рождении 3500 г, рост 52 см. В грудном возрасте беспокойный, плохо спал, наблюдался неврологом – выставлялся диагноз перинатальной энцефалопатии, отмечалась мышечная гипотония. Раннее моторное и психоречевое развитие с признаками задержанного дизонтогенеза: пошел после года, фразовая речь появилась к 3 годам. С 4 лет посещал логопедический д/сад, т. к. плохо выговаривал некоторые звуки. Адаптировался медленно – в течение года, долго не мог привыкнуть к воспитателям, не слушался, наблюдалась моторная расторможенность, долго не мог усидеть на одном месте, плохо сосредотачивался, в дальнейшем стал подчиняться режиму, но ходил в ДДУ неохотно, к детям особенно не тянулся, был «сам по себе», общался со сверстниками поверхностно. По характеру был обидчивым, ранимым, тревожным, впечатлительным. В дошкольном и раннем школьном возрасте испытывал страх разлуки с матерью. Также в этом возрасте отмечался страх темноты, спал с включенным светом. Боялся теней, отражения в зеркале. Иногда беспокоили страшные сны, просыпался от кошмаров, но быстро засыпал снова. С раннего детского возраста мать отмечала неусидчивость, моторную расторможенность, плохо сосредотачивался, не мог долго заниматься одним и тем же делом. Во время подготовительных занятий к школе воспитатели отмечали быструю умственную утомляемость и рассеянность внимания. При волнении, испуге легко возбуждался, при этом начинал бить себя по губам. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, аденэктомия, операция под наркозом по поводу фимоза. ЧМТ, су-

дороги в анамнезе отрицаются.

Перед школой обратились к неврологу по поводу неусидчивости, трудностей концентрации внимания, был выставлен диагноз СДВГ и рекомендован препарат атомоксетин 25мг, который принимали непрерывно с 8 лет в течение 5 лет с положительным эффектом, по мнению матери. Обучался в массовой школе с 7,5 лет, адаптировался не сразу, трудно было подчиняться режиму, был неусидчив, часто отвлекался, однако в 1-м классе быстро научился читать и писать, успевал хорошо по всем предметам. Легко запоминал стихи, но очень быстро их забывал. Из-за невнимательности обнаруживал медлительность в осмыслении учебного материала. С одноклассниками отношения не очень складывались, не тянулся к ним, дети его обижали, задевали. Быстро уставал при умственных и физических нагрузках. Со слов матери, мальчик всегда был ленивым, ничего нельзя было заставить делать по дому (мог сделать что-либо, только если ему что-то обещали купить и т. п.). Предпочитал общение с более младшими детьми. Не любил напрягаться, быстро остывал к занятиям, которые не получались, большие любил играть, смотреть мультфильмы. С 11 лет стал более активным, увлекся игрой на электрогитаре, пробовал сочинять стихи и мелодии, однако, быстро «остывал», если слышал критические замечания в свой адрес. Посещал музыкальную школу. С 11 лет преобладало хорошее слегка приподнятое настроение, стал легче общаться со сверстниками, уменьшились обидчивость, тревожность. Сон, аппетит были хорошими. Появились друзья по интересам, общался онлайн с несколькими ровесниками, были также младшие по возрасту приятели, однако близких друзей не имел. Мечтал стать рок-музыкантом, организовать свою рок-группу, сохранялось увлечение современной музыкой, писал стихи, сочинял песни. Отношения с отцом, матерью в целом были ровными, хорошими. Учился на «4» и «5» до 6 класса. С 13-летнего возраста (6 класс), по наблюдению матери, усилилась рассеянность. Часто не слышал, когда к нему обращаются, объясняя тем, что «ушел в свои мечты, забылся, отрешился под влиянием этих переживаний». Наряду с этим нарушился почерк, т. к. ускорился темп письма, в связи с этим ухудшилась успеваемость, периодически стал получать тройки. Особенно испытывал трудности с точными дисциплинами.

Зимой 2010 г. (13 лет 11 мес.) появились утомляемость, большая потребность в сне, снизился аппетит, ночами беспокоила потливость, сухой кашель, мать заметила, что мальчик стал бледным, увеличились лимфоузлы на шее. В связи с этим обратились к педиатру, после осмотра которого сразу был направлен к детскому онкологу. Тогда же выставлен диагноз: «Лимфома Ходжкина III стадия, нодулярный склероз, поражение шейных и парааортальных л/у».² В смысл диагноза не вникал, не испугался. Было назначено противоопухолевое лечение, включающее кортикостероиды (преднизолон внутрь 60 мг/м²/сутки) и полихимиотерапию – 2 цикла ОЕ*РА и 4 цикла COPDAC (исполь-

²Лимфома Ходжкина является одной из наиболее излечимых злокачественных опухолей у детей, применение современной химиолучевой терапии в первой линии позволяет достичь полной ремиссии у 85-90% больных с распространенными стадиями заболевания.

зовались препараты: доксорубицин, винкристин, циклофосфамид, этопозид, дакарбазин), по завершению ХТ рекомендована лучевая терапия в дозе 20 Гр. на первично пораженные области. Лечился в основном амбулаторно, госпитализировался периодически на несколько дней для капельного введения препаратов.

В конце проведения первого блока химиотерапии (ХТ) отмечалось слегка приподнятое настроение: в течение 2 дней был оживлен, весел, говорлив, мало спал. Состояние обошлось самостоятельно. Химиотерапевтическое лечение переносил удовлетворительно. Со слов матери, знал, что лечит «болезнь крови», не волновался по поводу исхода заболевания, подчинялся режиму лечебных процедур. В начале второго блока ХТ, в течение суток резко изменилось психическое состояние: стал чрезмерно активным, разговорчивым, говорил громко, почти не спал, либо сон был непродолжительным – 2-3 часа в сутки. Заявлял матери, что «чувствует себя бессмертным, сильным, обладающим сверхъестественными способностями и не нуждающимся в сне и пище». В течение нескольких дней отмечалась сильная возбужденность, много и громко говорил, смеялся, не соблюдал дистанцию, пытался обнимать врачей, персонал. Выказывал идеи о своей «одаренности», сообщил матери, что пишет «гениальную музыку», что «прославится на весь мир», заявлял, что в голове «видел ноты, слышал исцеляющую мелодию», которую «должен подарить миру». В этом состоянии был впервые осмотрен психиатром.

Соматически: Правильного телосложения, несколько пониженного питания. Кожные покровы и зев чистые.

ЭЭГ: В ЭЭГ выявляются изменения биоэлектрических потенциалов, проявляющиеся снижением уровня биоэлектрической активности мозга с неустойчивостью основного коркового ритма, преобладанием активности дизэнцефально-стволовых структур с гиперактивацией вегетативных центров. Локальных нарушений в коре больших полушарий, эпиактивности не выявлено.

ЭХО-ЭГ: смещения срединных структур мозга не выявлено. Легкое расширение боковых желудочков мозга ($Jv=2,6$ при норме до 2,3). $V3=5,0$.

Логопед: дислалия, дисорфография.

Невролог: Резидуально-органическая церебральная недостаточность.

Психолог: При обследовании неусидчив, настроение повышено, говорлив, речь непоследовательная, громкая, снижена критика к ситуации осмотра. В ходе патопсихологического обследования на фоне отчетливо повышенного настроения обнаруживаются снижение критичности к высказываниям и собственному поведению, неустойчивость внимания, снижение продуктивности непосредственного запоминания, выявляется тенденция к использованию латентных признаков, наличие эпизодических смысловых соскальзываний у подростка с личностными особенностями сенситивно-шизоидного круга (интровертированность в виде ориентации на внутренние критерии, снижение способности к интуитивному пониманию окружающих и к проигрыванию их ролей в сочетании с ранимостью, трудностями коммуникации со сверстниками, дистанцированностью от них); характерны эгоцентрические установки, затруднения в реальной оценке ситуации и общей картины мира.

Впервые осмотрен психиатром в отделении (14 лет, апрель 2011г):

Психическое состояние: Не учитывает ситуацию осмотра. Громко и радостно смеется, закрывает лицо руками. Называет свое имя, имя матери. Возраст назвать затруднился. Голос громкий, охрипший. Пытается обнимать врачей, благодарит, называет друзьями. Говорит много, торопливо, сбивчиво, часто отвечает невпопад. Понимает, что находится в больнице, лечит «заболевание крови», при этом называет себя «здоровым и сильным», «гениальным музыкантом», самочувствие характеризует как «очень хорошее», заявляет, что высыпается за 2 часа, чувствует себя бодрым, готовым к творческому процессу, сообщил, что пишет музыку, тексты, «несколько раз видел перед мысленным взором ноты гениальной музыки», которую должен еще написать, полагает, что она «будет оказывать целебное действие и здоровье». Говорит, что желает всем добра и счастья, хочет всем помочь. Мышление непоследовательное, ускоренное, высказывает множество неосуществимых рационализаторских соображений по распорядку дня в отделении. Критика к поведению и состоянию отсутствует.

Назначен галоперидол в инъекциях – 2,5 мг 1 раз в день в течение 3 дней, затем 0,2% раствор галоперидола в каплях по 5 капель 3 раза в сутки. На фоне проводимой терапии отмечалась полная редукция психопатологической симптоматики в течение 5 дней, через неделю доза галоперидола была уменьшена до 9 капель в сутки. Галоперидол в каплях продолжал принимать в течение всего периода химиотерапевтического лечения онкологического заболевания. Повторно осмотрен через месяц (май 2011г).

Психический статус. Моторно беспокоен, ерзает, сидя на стуле, сводит-разводит колени. Узнает врача, легко вступает в контакт, полностью ориентирован в месте, времени, собственной личности. Приветлив. Выглядит инфантильным, наивным. Мимика маловыразительная. На вопросы отвечает в плане заданного. Фон настроения ровный. Себя характеризует не очень общительным, чувствительным. О родных отзывается доброжелательно, особенно привязан к матери. Запас общих сведений и представлений в пределах возрастной нормы. Доступен переносный смысл пословиц. Мышление без заметных искажений. С критикой говорит о перенесенном маниакальном эпизоде, но отмечает, что почти не помнит свои переживания, о своем поведении знает со слов матери. При расспросе подтверждает, что в детстве испытывал различные страхи (темноты, остаться без матери), изредка слышал «оклики». Жалуется на выраженную утомляемость при физической нагрузке. Отмечает, что волнуется за здоровье матери, за свое будущее. При волнении гримасничает, жестикулирует. Интересуется длительностью приема галоперидола, не протестует против приема лекарств. В момент осмотра обманы восприятия не выявляются.

Диагноз: Экзогенно спровоцированный кратковременный маниакальный эпизод у подростка с тяжелым соматическим заболеванием F30.2

Катамнез 10 лет: Терапия галоперидолом была отменена после окончания последнего курса химиотерапии, лучевую терапию перенес хорошо, хотя после

каждого сеанса отмечал в течение дня слабость, вялость, желание полежать.

После окончания лечения закончил школу, хорошо сдал выпускные экзамены. Поступил в колледж по специальности «программирование», учился хорошо, поддерживал ровные отношения с преподавателями и соучениками. Окончив среднее учебное заведение, устроился работать в фирму отца. Работу выполняет добросовестно, но без энтузиазма, к материальным поощрениям равнодушен. Был влюблен, встречался с девушкой, но вскоре охладел, расстался по его инициативе. Своей семьи не имеет, живет с родителями. Сохраняются прежние увлечения – продолжает занятия музыкой, играет на гитаре, пишет тексты и мелодии, по-прежнему мечтает создать свою группу, исполнять собственные песни. Со слов матери, по характеру заметно не изменился, остается не очень откровенным, спокойным, к матери привязан, но не любит делиться своими переживаниями, предпочитает общение с виртуальными собеседниками, близких друзей нет, но имеет приятелей, которые разделяют его интересы и увлечение музыкой. По наблюдениям матери, после перенесенного онкологического заболевания отмечается утомляемость при физической нагрузке, плохая переносимость жары и духоты. Психотропные препараты давно не получает, за помощью к психиатру не обращался. Все годы болезненного изменения настроения мать не замечала, в течение 10 лет сохраняется стабильное психическое состояние. В быту не труден, покладист, выполняет мелкие домашние поручения, если попросить. В свободное время слушает музыку, играет на гитаре, поет свои песни в кругу приятелей, увлекается компьютерными играми. По характеру напоминает отца, такой же несамостоятельный, инфантильный.

Анализ случая. При первичном осмотре психическое расстройство было квалифицировано как психотический маниакальный синдром. Статус пациента определялся приподнятым неадекватно обстоятельствам настроением с речевым напором, повышенной самооценкой, отвлекаемостью, сопровождался нарушением социального торможения, повышением уровня активности, сниженной потребностью во сне. Также выявлялись конгруэнтные маниакальному аффекту идеи величия, эпизоды зрительных псевдогаллюцинаций. Особенностью маниакального эпизода были острая манифестация (в течение суток) и быстрая редукция (в течение нескольких дней) после начала лечения.

На момент повторного осмотра в психический статус определялся своеобразием конституционально-характерологического склада, соотносимым с типом сенситивных шизоидов с присущими им интровертированностью, замкнутостью, бедностью эмоциональных связей, сочетающихся с уязвимостью, зависимостью от лично значимых людей.

Согласно формальным признакам в соответствии с критериями МКБ-10 психотическое расстройство пациента можно верифицировать в рамках диагноза «Маниакальный эпизод тяжелой степени» (F30.2), который развился у пациента с шизоидными личностными особенностями.

Однако данное состояние не полностью соотносится с патологией эндогенно-процессуального круга. В дальнейшей динамике заболевания в течение

10 лет не выявляются очерченные маниакальные или депрессивные эпизоды, не наблюдаются признаки редукции энергетического потенциала, не обнаруживается нарастания аутизации и эмоциональных изменений, отчетливых расстройств мышления. Особенности характерологического склада не достигают уровня расстройства личности, а ограничиваются акцентуацией. Пациент социально адаптирован, не пользуется психиатрической помощью, не получает специфического лечения.

В роду больного можно отметить личностную патологию у отца, склонность к психогенным реакциям у матери. В раннем детстве выявляется перинатально обусловленный резидуально-органический фон, а также признаки дизонтогенеза. Первые стертые симптомы аффективного круга (гипоманиакальный полюс) появились в раннем подростковом возрасте и выступали в виде уменьшения чувствительности с облегчением межличностного общения со сверстниками, возникновением новых стойких увлечений, стремлением к творчеству. Стертая аффективная симптоматика не привела к нарушению адаптации, необходимости лечения у психиатра. Очерченная аффективная патология в 14-летнем возрасте была спровоцирована применением химиотерапевтических препаратов. В процессе лечения онкологического заболевания больной перенес два маниакальных эпизода: развитию развернутого психотического маниакального эпизода, возникшего в начале проведения второго блока химиотерапии (ХТ), предшествовало обошедшее без лечения кратковременное (2 дня) гипоманиакальное состояние, также спровоцированное химиотерапией в конце первого блока. В дальнейшем в процессе продолжения ХТ и в течение десяти лет после выздоровления от онкологического заболевания заметной динамики психической патологии не наблюдалось. Таким образом, можно заключить, что больной вернулся к преморбидному статусу.

Заключение. В связи с данным клиническим примером возникает закономерный вопрос, могла ли произойти манифестация психотической мании без экзогенной провокации? На этот вопрос трудно получить однозначный ответ. Бесспорно, в данном случае существенную роль сыграл экзогенный фактор (ХТ), однако наиболее значимой с нашей точки зрения является особая наследственно-конституциональная предрасположенность – «диатез», т. е. предротавливающая «почва», на которой может «вспыхнуть» и быстро «погаснуть» острое психотическое состояние иной, непроцессуальной природы. В итоге можно прийти к заключению, что собственно «психопатологический диатез» не столько предопределяет, сколько облегчает развитие экзогенных реакций подобного типа, являясь, однако, «не судьбой, а угрозой», т. к. реализация «психопатологического потенциала» происходит лишь в ситуации дополнительной «вредности» (экзогенной или психогенной).

Данное предположение, несомненно, можно оспорить, однако для окончательного решения задачи необходимо проведение дальнейших не только клинических, но и углубленных междисциплинарных исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиев Т.Т., Гусева Н.А., Соложенцева К.Д. Клиническая характеристика и дифференциальная диагностика классических паранеопластических неврологических синдромов при лимфомах // Онкопедиатрия. 2017. 4(3). С.183–191. doi: 10.15690/onco.v4i3.1749
2. Выборных Д.Э. Клинико-эпидемиологическое исследование выборки пациентов с заболеваниями системы крови // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1. С. 64-89.
3. Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о шизофренической конституции // Современная психиатрия. 1914; май. С. 361-378.
4. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Предвестники психического заболевания. Сообщение 2. Психосоматический диатез // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 3. С. 11–16.
5. Кравченко Н.Е., Сутина О.А., Ходакова Ю.А. Психические расстройства у детей и подростков с гемобластомами во время первичной госпитализации в онкологический стационар // Психические расстройства в общей медицине. 2012. № 2. С. 23-27.
6. Олексенко Л.В., Выборных Д.Э. Соматогенные психозы при лимфоме Ходжкина // Психические расстройства в общей медицине. 2017. № 1. С. 19–23.
7. Олексенко Л.В., Выборных Д.Э. Психические расстройства при лимфоме Ходжкина // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 8. С.124-131. /doi.org/10.17116/jnevro201711781124-131
8. Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophreniae. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. С. 5–15.
9. Сукиасян С.Г. Психосоматический диатез как составляющая концепции «непсихиатрическая психиатрия» // Sciences of Europe 72-1, (2021). С.11-22.
10. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М.: Фолиум, 2005. 200 с.
11. Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. 1998. IV. С. 5-8.

REFERENCES

1. Valiev T.T., Guseva N.A., Solozhenczeva K.D. Klinicheskaya kharakteristika i differenczial'naya diagnostika klassicheskikh paraneoplasticheskikh nevrologicheskikh sindromov pri limfomakh // Onkopediatriya. 2017. 4(3). S.183–191. doi: 10.15690/onco.v4i3.1749
2. Vy`borny`kh D.E`. Kliniko-e`pidemiologicheskoe issledovanie vy`borki paczientov s zabolevaniyami sistemy` krovi // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2014. # 1. S. 64-89.
3. Gannushkin P.B. Postanovka voprosa o shizofrenicheskoy konstituczii // Sovremennaya psikhiatriya. 1914; maj. S. 361-378.
4. Koczyubinskij A.P., Shejnina N.S., Penchul N.A. Predvestniki psikhicheskogo zabolevaniya. Soobshhenie 2. Psikhosomaticheskij diatez // Obozrenie psikhiatrii i mediczinskoj psikhologii. 2013. # 3. S. 11–16.
5. Kravchenko N.E., Suetina O.A., Khodakova Yu.A. Psikhicheskie rasstrojstva u detej i podroostkov s gemoblastozami vo vremya pervichnoj gospitalizaczii v

onkologicheskij staczionar // Psikhicheskie rasstrojstva v obshej mediczine. 2012. # 2. S. 23-27.

6. Oleksenko L.V., Vy`borny`kh D.E`. Somatogenny`e psikhozy` pri limfome Khodzhkina // Psikhicheskie rasstrojstva v obshej mediczine. 2017. # 1. S. 19–23.

7. Oleksenko L.V., Vy`borny`kh D.E`. Psikhicheskie rasstrojstva pri limfome Khodzhkina // Zh. nevroi. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 2017. T. 117. # 8. S.124-131. /doi.org/10.17116/jnevro201711781124-131

8. Snezhnevskij A.V. Nosos et pathos schizophreniae. Shizofreniya. Mul`tidisciplinarnoe issledovanie. M.: Mediczina, 1972. S. 5–15.

9. Sukiasyan S.G. Psikhosomaticheskij diatez kak sostavlyayushhaya koncepcziya «nepsikhiatricheskaya psikhiatriya» // Sciences of Europe 72-1, (2021). S.11-22.

10. Czirkin S.Yu. Analiticheskaya psikhopatologiya. M.: Folium, 2005. 200 s.

11. Czirkin S.Yu. Koncepcziya psikhopatologicheskogo diateza // Nezavisimyj psikhiatricheskij zhurnal. 1998. IV. S. 5-8.

12. Kayser MS, Kohler CG, Dalmau J. Psychiatric manifestations of paraneoplastic disorders // Am J Psychiatry. 2010 Sep; 167(9):1039-50. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09101547

13. Mian I, Gearing R, DeSouza C, Solomon L. Corticosteroid-related psychiatric complications in the treatment of Hodgkin's lymphoma in an adolescent // J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;16 (1):27-29.

N.E. Kravchenko, O.A. Suetina, A.G. Golovina

**ON THE ISSUE OF MECHANISMS OF DEVELOPMENT
AND TREATMENT OF PSYCHOTIC STATES IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS WITH ONCOLOGICAL PATHOLOGY**

Mental Health Research Centre (Moscow).

Summary. The article discusses the possible mechanisms of the genesis of acute psychotic disorders that develop during the treatment of oncohematological diseases. It is noted that both external provoking factors, in particular, chemotherapeutic drugs, and a special "soil" that facilitates the development of such disorders can play a significant role in the occurrence of exogenous mental pathology of the psychotic level. An example and analysis of this clinical case is given.

Keyword. Oncohematology, psychotic conditions, psychopathological diathesis, children, adolescents

УДК 37.015.31

Е.В. Тимошков¹, Т.А. Кудра², Р.А. Грицкевич², Е.П. Шарина²

КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ УЧАЩИХСЯ

СТАРШЕЙ ШКОЛЫ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

¹ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет» (Хабаровск), ²ФГБОУ ВО «Морской государственный университет им. адм. Г.И. Невельского» (Владивосток).

Резюме. В статье представлены обобщенные данные о феномене агрессии, механизмах ее проявления, а также способах по ее контролю и коррекции учащихся старшей школы. Индивид в течение своего жизненного цикла сталкивается с различными жизненными обстоятельствами, с препятствиями на пути к поставленной цели. Исходя из этого, каждое живое существо наделено набором различных поведенческих реакций, в том числе и агрессией. В условиях учебного процесса агрессивное поведение является одной из форм такой реакции, которая затрагивает всех его участников. Комплексный подход в решении задач по контролю и коррекции агрессивного поведения позволяет не только понимать суть данного феномена, но и отреагировать его в социально приемлемой, одобряемой форме. Исходя из вышеизложенного, предлагается комплекс педагогических и психологических средств по управлению и коррекции агрессивных состояний в условиях учебного и воспитательного процессов.

Ключевые слова: агрессия, школа, состояние, учебный процесс, коррекция агрессии, старший школьник, коррекция, средства физической культуры.

Введение. За последние несколько десятилетий проблема агрессивного поведения привлекает внимание большого количества специалистов различных областей науки. Главное внимание по данной проблематике сосредоточено на таких аспектах, как определение понятия «агрессия и агрессивное поведение», определение предназначения агрессии как социального и биологического явления, механизмов возникновения, особенностей проявления в конкретных условиях, а также способов по ее контролю и коррекции [4]. К настоящему времени по проблеме агрессии накоплена большая эмпирическая база, в которой проведен анализ семейных, социальных отношений и их влияние на становление, и ее развитие.

Проблеме агрессии среди подростков, том числе и учеников старшего звена средних общеобразовательных учреждений, также уделяется большое внимание, однако средств по ее контролю и коррекции существует ограниченное количество. В связи с этим актуальность исследования обусловлена высокой значимостью в профилактике и корректировке агрессивного поведения учащихся старшей школы педагогами, которые сталкиваются с формами проявления агрессии своих учеников.

Гипотеза исследования. Предполагалось, что при проведении исследований будут найдены наиболее эффективный, методически обоснованный комплекс физических упражнений, позволяющий в социально приемлемой форме «кана-

лизировать» агрессивное поведение учащихся старшего школьного звена в рамках учебного процесса.

Обзор литературы. В научной литературе разными авторами отмечается, что в последнее время проявления агрессии становятся все более частым явлением в социуме. Вызвано это различными причинами: от личной неприязни до нестабильной экономической, социальной, политической обстановки в регионе, стране, мире. Индивид, находящийся в условиях социокультурной конкуренции, не всегда способен справиться со своей агрессией и исключить возможность использования действий, выходящих за рамки правил поведения, законов и т. д. Данная форма поведения в условиях реализации общего среднего образования, безусловно, противоречит целям и задачам воспитания гражданина в положительном воздействии на его личность. Если воспитанник проявляет какие-либо формы агрессии, то это в свою очередь говорит о наличии некоторых недостатков в работе педагогов (тренеров), а именно в неспособности создать условия и обеспечить профилактические мероприятия по коррекции агрессивных состояний [15].

Перейдем непосредственно к определениям понятий агрессия и агрессивность.

Р. Бэрон Д. Ричардсон считают что агрессия – это любая форма поведения, которая нацелена на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения [6].

Согласно определению Л. С. Выготского, агрессией являются чувства, оскорбляющие, ранящие партнера, а также направленные на его уничтожение [7].

Г.С. Абрамова полагает, что агрессией является процесс, имеющий специфическую функцию и организацию; агрессивность же рассматривается как некоторая структура, являющаяся компонентом более сложной структуры психических свойств человека [1, 2].

Ю.М. Антонян, В.В. Гульдман под агрессивностью понимают реакцию личности на фрустрацию потребностей и конфликт, которая выражается в субъективной тенденции к враждебному поведению, направленному к полному или частичному подавлению воли другого человека или людей, сдерживанию их действий, управлению ими, на причинение им ущерба или страданий [3].

А. Бандура считает, что агрессия развивается у детей в ответ на поощрение со стороны взрослых, а также одобряется социумом в приемлемых условиях [4].

Агрессивность – личностное свойство, проявляющееся в готовности к агрессии, а также как черта характера, как одна из важнейших характеристик действий и поступков, которые определяют и устанавливают взаимоотношения между людьми [12].

В связи с вышеизложенным, агрессия есть определенные действия, которые причиняют ущерб другому объекту, а агрессивность – это готовность к агрессивным действиям в отношении другого объекта.

Как и любое явление в поведении индивида, агрессия имеет свои формы и виды. **В классификации А. Басс и А. Дарки агрессия представлена как:**

– физическая агрессия (нападение);

- косвенная агрессия (злые сплетни, шутки, взрывы ярости);
- склонность к раздражению (готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении);
- негативизм (оппозиционная манера поведения от пассивного сопротивления до активной борьбы);
- обида (зависть и ненависть к окружающим, которые вызваны действительными и вымышленными сведениями);
- подозрительность в диапазоне от недоверия и осторожности до убеждения, что все другие люди приносят вред или планируют его;
- вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму: ссора, крик, визг, так и через содержание: угрозы, проклятия, ругань [5].

Ф. Перлз подразделяет агрессивное поведение на:

- наступательное (нанесение психических и / или физических повреждений жертве);
- ответное (отмщение другому индивиду с нанесением повреждений в ответ на ранее нанесенный ущерб);
- спровоцированное (активное нападение, влекущее за собой ответную агрессивную реакцию);
- побудительное форма агрессивного поведения, целью которого является стремление вызвать ответную стимуляцию извне);
- санкционированное (не выходящее за рамки социальных норм и служащее в целях их соблюдения [13].

И.А. Пылишева выделяет следующие виды агрессивного поведения:

- ситуативная агрессивная реакция, выражающаяся в краткосрочной реакции на конкретный внешний стимул;
- пассивное агрессивное поведение, находящее свое выражение в форме отказа от чего-либо или бездействия;
- активное проявление агрессии в форме разрушения или насилия [14].

Таким образом, агрессия возникает вследствие:

- врожденных задатков;
- потребностей и внешних стимулов;
- познавательных и эмоциональных процессов;
- фрустрационных факторов.

Среди социальной группы старших школьников агрессивное поведение имеет свои особенности т. к. наряду с периодом продолжающегося полового созревания происходит девальвация авторитета взрослых (родителей, учителей и т. д.), что также является дополнительным фактором риска с точки зрения социальной, правовой и т. д.

Проявление агрессии также зависит и от гендерной принадлежности. Существует несколько теорий становления и развития форм агрессивного поведения.

Согласно теории гендерной идентичности социум разделен на мужчин и женщин. Исходя из этого, с момента рождения индивид, определяя свою генитальную идентичность, в соответствии с этим, выстраивает усвоенную программу воспитания.

Исходным положением теории социального научения является «трансляция» родителями моделей поведения своим детям. При этом детям свойственно подражать некоторым моделям поведения взрослых, что, в конечном счете, и ведет к усвоению определенных норм поведения и, как следствие, отождествлению себя абстрактным образом мужчины и женщины. Согласно теории когнитивного развития, ребенок начинает понимать свою половую идентичность в результате восприятия окружающего мира и обобщения собственного опыта [8].

Р. Бэрн и Д. Ричардсон, проводя исследования относительно гендерного аспекта проявления агрессии, установили, что мужчины наиболее часто проявляют прямые (открытые) формы агрессивного поведения, например, физическую. Женщинам же более свойственно проявление косвенной агрессии (разговоры «за спиной», сплетни и т. п.) [6].

Исследования проявления агрессии среди учащихся младшего и среднего школьного звена (от 8 до 15 лет) показали, что юноши более склонны к проявлению прямых форм агрессии, таких как поджоги, пинки, толчки, значительно чаще девушек. Девушки (и девочки) же более склонны к проявлению косвенной агрессии (бойкотирование обидчика, разрыв отношений и т. д.) [10].

Также существует мнение, что проявление агрессии может зависеть от уровня тестостерона [6]. Однако, исследования проведенные Я.Ю. Копейко, показывают, что проявление агрессии связано с уровнем тревожности. Согласно выводам автора исследования, проявление агрессии у мужчин имеет более непосредственный характер и связано с контролирующей функцией Суперэго. У женщин такое поведение является некоторым защитным механизмом, более связанным с «силой-слабостью Эго» [11].

Исходя из анализа литературных источников, можно заключить, что на становление и развитие форм агрессивного поведения влияет совокупность социальных, психологических и биологических факторов.

Материал и методы исследования. Проводя исследования, предполагалось определить уровень агрессии занимающихся и степень ее влияния на поведение испытуемых.

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

Учащиеся на начало эксперимента были разделены на несколько групп по видам проводимых занятий: футбол, легкая атлетика, бокс, а также группу испытуемых, не занимавшихся физическими упражнениями.

Определение уровня агрессии осуществлялось в несколько этапов методом анкетирования по методике Е.П. Ильина–П. А. Ковалева «Личностная агрессивность и конфликтность» [9].

На втором этапе с испытуемыми проводилась групповые занятия по разделам программ, представленных в табл. 1 и 2.

Таблица 1.

Среднестатистические показатели видов агрессии учащихся старшей школы на начало эксперимента (в баллах)

Средство коррекции	Футбол		Легкая атлетика		Бокс		Не занимавшиеся физическими упражнениями	
	Юноши (среднее значение)	Девушки (среднее значение)	Юноши (среднее значение)	Девушки (среднее значение)	Юноши (среднее значение)	Девушки (среднее значение)	Юноши (среднее значение)	Девушки (среднее значение)
Вспыльчивость	7,2	5,9	7,7	7,3	6,2	5,8	8,4	9,2
Напористость	5,1	5,0	6,2	5,4	7,2	6,3	8,2	7,4
Обидчивость	6,2	9,2	5,8	6,9	5,2	6,4	6,9	8,4
Бескомпромиссность	4,3	5,5	4,9	5,1	4,1	6,2	7,8	8,2
Мстительность	6,3	7,3	6,1	7,4	5,1	5,9	7,9	9,1
Нетерпимость к мнению других	6,1	7,1	5,9	7,15	6,3	6,4	7,4	9,25
Подозрительность	7,9	8,3	7,2	8,1	7,2	7,5	8,6	9,4
Общий показатель «конфликтность»	30,3	32,2	29	31,1	27,8	29,1	34,2	35,3

В ходе эксперимента испытуемые выполняли разминку (медленный бег 5–7 мин., гимнастические упражнения на месте), и далее следовал набор стандартных физических упражнений из соответствующего раздела программы:

- футбол – короткий дриблинг с мячом, двусторонние игры по официальным правилам игры, удары по мячу из различных положений.
- легкая атлетика – бег на короткие и средние дистанции, метание копья, прыжки в длину с разбега.
- бокс – упражнение «пятнашки» (стопы впереди стоящих ног противников располагаются на одно уровне, лицом друг к другу, задача касаться руками противника в незащищенных местах (выше пояса)), отработка ударов по боксерской груше, без груши, с отягощениями рук на время.

За группой не занимавшихся физическими упражнениями осуществлялось педагогическое наблюдение, а также проводились групповые занятия о природе агрессии и ее отреагировании.

Таблица 2.

Среднестатистические показатели видов агрессии учащихся старшей школы на конец эксперимента (в баллах)

Средство коррекции / Вид агрессии	Футбол		Легкая атлетика		Бокс		Не занимавшиеся физическими упражнениями	
	Юноши (среднее значение)	Девушки (среднее значение)	Юноши (среднее значение)	Девушки (среднее значение)	Юноши (среднее значение)	Девушки (среднее значение)	Юноши (среднее значение)	Девушки (среднее значение)
Вспыльчивость	6,5	5,6	7,2	6,2	4,9	4,7	8,2	8,9
Напористость	5,15	4,7	6,2	5,2	7,0	5,9	8,0	7,2
Обидчивость	5,7	8,4	5,1	6,25	4,4	5,7	6,9	8,3
Бескомпромиссность	4,1	5,2	4,3	4,5	4,1	5,9	7,9	8,3
Мстительность	5,7	6,6	5,3	6,2	4,1	5,2	7,8	9,0
Нетерпимость к мнению других	5,8	6,4	4,9	6,2	4,95	5,45	7,5	9,2
Подозрительность	6,7	7,3	6,3	7,7	6,3	6,9	8,4	9,2
Общий показатель «конфликтность»	29,1	30,3	28,2	30,2	25,2	25,4	33,3	34,1

Исходя из полученных данных, при проведении исследования можно заключить:

1. Наибольшую динамику в сторону уменьшения по показателю *вспыльчивость* продемонстрировала группа занимавшаяся боксом (как у юношей, так и у девушек). Снижение составило 1,3 и 1,1 соответственно;

2. По показателю *напористость* существенных различий не установлено;

3. По показателю *обидчивость*, наиболее выраженную динамику продемонстрировали девушки группы футбол – 0,8, а также юноши и девушки группы бокс 0,8 и 0,7 балла соответственно;

4. По показателю *бескомпромиссность* существенных различий не установлено;

5. Относительно динамики в сторону уменьшения по показателю *мстительность* показали девушки из группы легкой атлетики (1,2 балла);

6. Относительно динамики в сторону уменьшения по показателю *нетерпимость к мнению других* показали юноши из группы бокса (1,35 балла);

7. По показателю *подозрительность* наибольшую динамику в сторону уменьшения показали юноши из группы футбол (1,2 балла);

8. Группа испытуемых, не занимавшаяся физическими упражнениями, не продемонстрировала существенных сдвигов в сторону снижения видов агрессии по всем показателям. При этом по показателям *обидчивость, нетерпимость к мнению других, бескомпромиссность и мстительность* у группы юношей уровень находится в пределах нормы, у девушек показатель нормы по *напористости*, что лишь подтверждает тезис о том, что физические упражнения являются необходимой единицей в «канализации» форм агрессивного поведения в условиях учебного процесса.

9. По общему показателю «конфликтность» по методике Е.П. Ильина–П.А. Ковалева наибольшую динамику снижения продемонстрировали юноши и девушки в группе бокса (2,6 и 3,7 балла соответственно).

Заключение. Занятия физическими упражнениями всегда являлись социально приемлемой формой высвобождения накопившейся агрессии.

При проведенном исследовании удалось установить, что наиболее эффективным методом «канализации» форм агрессивного поведения являются занятия единоборствами (бокс). Очевидно, это связано с тем, что бокс как один из видов физической культуры носит насильственный, агрессивный характер по своей природе. Кроме того, агрессия в данном виде двигательной активности носит как враждебный характер (желание причинить вред или боль противнику), так и является способом достижения цели (агрессия как инструмент), например, вывести противника из боя (нокаут).

Приведенные методы профилактики форм агрессивного поведения могут быть использованы в общеобразовательных учреждениях педагогическими работниками в условиях учебного и воспитательного процессов при работе с учащимися старшей школы для сохранения физического и психологического здоровья.

Данные эксперимента могут быть опровергнуты или дополнены повторными исследованиями для поиска новых, более оптимальных средств по профилактике и коррекции агрессивных состояний учащихся старшего школьного звена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С. Психологическое консультирование. (Теория и опыт). М.: Академия, 2006. 240 с.
2. Абрамова, Г.С. Возрастная психология. 6-е изд. М.: Альма Матер, 2006. 698 с.
3. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. М.: Наука, 1991. 248 с.
4. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
5. Басс А., Дарки А. Концепция агрессии/враждебности: учебник. Екатеринбург, 2013. 260 с.
6. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 2001 352 с.
7. Выготский, Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2006. 1136 с.

8. Девятова И.Е. Гендерные детерминанты поведения старших подростков в межличностном конфликте // Система ценностей современного общества, 2008, № 4-1. С. 146 - 152.

9. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. СПб.: Питер, 2006. 544 с.

10. Крэйхи Б. Социальная психология агрессии. Пер. с англ. СПб.: Питер, 2003. 336 с.

11. Копейко Я.Ю. Гендерные аспекты агрессивности: Учебное пособие. СПб.: Алетейя, 2005. 217 с.

12. Москаленко С.В., Гендерные особенности проявления агрессивности в студенческом возрасте // С.В. Москаленко, Д.С. Нарыжная (теории агрессии). URL: <https://www.scienceforum.ru/2016/pdf/29323.pdf> (дата обращения: 11.11.2024)

13. Перлз Ф. Эго, голод и агрессия. М.: Смысл, 2000. 358 с.

14. Пылишева И.А. Материалы лекций для слушателей ИПК И ПК специальности 1–030471 «Социальная педагогика» по курсу «Профилактика девиантного поведения» URL: https://elib.gsu.by/bitstream/123456789/26461/1/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%B0_8_%D0%90%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf (дата обращения 10.10.2024)

15. Сафонов, В.К. Агрессия в спорте. СПб.: Изд-во СПГУ, 2003. 157 с.

REFERENCES

1. Abramova G.S. Psikhologicheskoe konsul'tirovanie. (Teoriya i opy't). M.: Akademiya, 2006. 240 s.

2. Abramova, G.S. Vozrastnaya psikhologiya. 6-e izd. M.: Al'ma Mater, 2006. 698 s.

3 Antonyan Yu.M., Gul'dan V.V. Kriminal'naya patopsikhologiya. M.: Nauka, 1991. 248 s.

4. Bandura A. Teoriya soczial'nogo naucheniya. SPb.: Evraziya, 2000. 320 s.

5. Bass A., Darki A. Konczepcziya agressii/vrazhdebnosti: uchebnik. Ekaterinburg, 2013. 260 s.

6. Be`ron R., Richardson D. Agressiya. SPb.: Piter, 2001. 352 с.

7. Vy`gotskij, L.S. Psikhologiya razvitiya cheloveka. M.: Smy`sl; E`ksmo, 2006. 1136 s.

8. Devyatova I.E. Genderny`e determinanty` povedeniya starshikh podrostkov v mezhlichnostnom konflikte // Sistema czennostej sovremennogo obshhestva, 2008, # 4-1. S. 146 - 152.

9. Il`in E.P. Differenczial'naya psikhofizilogiya muzhchiny` i zhenshhiny`. SPb.: Piter, 2006. 544 s.

10. Kre`jkhi B. Soczial'naya psikhologiya agressii. Per. s angl. SPb.: Piter, 2003. 336 s.

11. Kopejko Ya.Yu. Genderny`e aspekty` agressivnosti: Uchebnoe posobie. SPb.: Aletejya, 2005. 217 s.

12. Moskalenko S.V., Genderny`e osobennosti proyavleniya agressivnosti v studencheskom vozraste // S.V. Moskalenko, D.S. Nary`zhnaya (teorii agressii). URL: <https://www.scienceforum.ru/2016/pdf/29323.pdf> (data obrashheniya: 11.11.2024)

13. Perlz F. E`go, golod i agressiya. M.: Smy`s1, 2000. 358 s.

14. Py`lisheva I.A. Materialy` lekcij dlya slushatelej IPK I PK special`nosti 1–030471 «Soczial`naya pedagogika» po kursu «Profilaktika deviantnogo povedeniya» URL: <https://elib.gsu.by/bitstream/123456789/26461/1/>

%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%B0_8_%D0%90%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf. (data obrashheniya 10.10.2024)

15. Safonov, V.K. Agressiya v sporte. SPB.: Izd-vo SPGU, 2003. 157 s.

E.V. Timoshkov¹, T.A. Kudra², R.A. Gritskevich², E.P. Sharina²

CORRECTION OF AGGRESSIVE STATES

OF HIGH SCHOOL STUDENTS USING PHYSICAL EDUCATION

¹Pacific State University (Khabarovsk), ²Maritime State University named after adm. G.I. Nevelskoy (Vladivostok).

Summary. The article presents generalized data on the phenomenon of aggression, the mechanisms of its manifestation, as well as methods for its control and correction in high school students. An individual, during his life cycle, faces various life circumstances and obstacles on the way to his goal. Based on this, every living creature is endowed with a set of different behavioral reactions, including aggression. In the educational process, aggressive behavior is one of the forms of such a reaction that affects all its participants. An integrated approach to solving problems of controlling and correcting aggressive behavior allows us not only to understand the essence of this phenomenon, but also to respond to it in a socially acceptable, approved form. Based on the foregoing, a complex of pedagogical and psychological means for managing and correcting aggressive states in the conditions of educational and educational processes is proposed.

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

**ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ФАКТОР
РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный универси-
тет» (Москва).**

Резюме: Приведены результаты исследования связи ценностного отношения к здоровью и развития личности. Психологическими индикаторами развития личности (в контексте проведенного исследования) являются: повышение значимости здоровья в системе ценностей субъекта, обогащение ценности здоровья собственно личностным содержанием (чувственная ткань ценности, система субъективных смыслов), рост целостности, интегративности и гармоничности внутренней структуры ценностного отношения к здоровью, повышение ответственности человека за состояние собственного здоровья, повышение уровня самоактуализации как интегрального показателя развития личности, повышение психологического благополучия личности.

Ключевые слова: здоровье, ценностное отношение к здоровью, компоненты ценностного отношения к здоровью, развитие, саморазвитие, самоактуализация, психологическое благополучие личности.

Введение. Здоровье во все времена относилось к числу наиболее приоритетных ценностей вне зависимости от социальных условий, в которых существовал человек. Однако, провозглашая здоровье в качестве высокоприоритетной жизненной ценности, люди далеко не всегда реально заботились о своем здоровье. Существует прямая зависимость между отношением к здоровью и продолжительностью жизни человека. Среди основных причин высокой смертности населения России указывается ведение «нерационального образа жизни», приводящего к формированию вредных привычек, появлению избыточного веса, гипертонической болезни, заболеваний сердца и др. Следствием этого является снижение соматического здоровья населения в работоспособном возрасте, что затрудняет, а иногда сводит на нет реализацию субъектом его жизненного потенциала.

Таким образом, наличие хорошего здоровья может быть рассмотрено в качестве необходимого условия (объективной предпосылки, фактора) личностного развития. Однако только наличие *ценностного отношения* к здоровью может реально гарантировать полноценное развитие личности. Сказанное означает, что для развития личности важно, чтобы здоровье стало для человека важнейшим элементом его ценностной системы, т. е. *вошло в сознание субъекта*, причем было представлено в нем не столько на уровне «значения» (называния), сколько на уровне чувственных образов и субъективных смыслов, т. е. было представлено в форме психологически реальной, а не внешне провозглашаемой, значимости [4].

Связь между ценностным отношением к здоровью и развитием личности

представляется очевидной только на первый взгляд. Проведенный анализ показывает, что характер связи между данными переменными носит далеко не однозначный, а иногда противоречивый характер. Например, в работах А. Маслоу, К. Роджерса и др. представители гуманистического направления в психологии фактически отождествляют понятия «развивающаяся», «самоактуализирующаяся» и «здоровая» личность [1]. Согласно О.Г. Кливер, здоровье выступает фактором самоактуализации личности, представляющей собой *высшую и одновременно интегрирующую форму* саморазвития личности субъекта [6]. Однако, по мнению О.И. Моткова, здоровье и развитие личности нередко связаны обратной зависимостью: стремление к максимальной реализации своего жизненного потенциала, т. е. (в терминах А. Маслоу) самоактуализация личности может привести к личностной дисгармонии, выражающейся в хронической усталости, симптомах дистресса и прочих психосоматических расстройствах [7].

Процесс развития (саморазвития) личности многоаспектен и не может быть охвачен одним исследованием. Развитие затрагивает различные сферы личности (когниции, эмоции, мотивацию, ценности, волевую сферу и др.) и может протекать в разных формах: самосовершенствование, самоутверждение, самоактуализация, самореализация и др. (В.Г. Маралов, Н.А. Низовских, М.А. Шукина и др.) [6]. Самоактуализация является высшей и одновременно интегрирующей формой саморазвития личности и вбирает в себя самосовершенствование (стремление человека к идеалу, стремление стать лучше) и самоутверждение (стремление человека обрести высокую оценку и самооценку). В самоактуализации актуализируются высшие смыслообразующие мотивы субъекта и в то же время делается акцент не столько на утверждении чего-то в себе и не на приобретении какого-либо свойства, а на *полном использовании имеющего потенциала* в реализации себя. Согласно А. Маслоу, самоактуализация – это стремление человека стать тем, кем он способен стать, исполнение собственной миссии или предназначения, в соответствии с собственными высшими потребностями и устремлениями (истиной, красотой, совершенством и др.) [7].

Проведенный анализ показывает, что несмотря на разработанность соответствующей предметной области, следует констатировать наличие существующего **противоречия между** наличием большого числа исследований взаимосвязи между ценностным отношением к здоровью и развитием личности и неоднозначностью полученных данных о характере этой связи, о роли ценностного отношения к здоровью в развитии личности.

Соответственно, **проблема исследования** заключается в недостатке имеющихся знаний о ценностном отношении к здоровью как факторе развития личности.

Цель исследования – изучить особенности взаимосвязи ценностного отношения к здоровью и развития личности.

Предмет исследования – ценностное отношение к здоровью как фактор развития личности.

В качестве **гипотезы** выступает предположение о том, что ценностное отношения к здоровью способствует развитию личности: повышению субъектив-

ной значимости здоровья, росту уровня самоактуализации, повышению уровня психологического благополучия.

Методы и процедуры. Экспериментальное исследование выполнено на базе КГБОУ «Алтайский краевой педагогический лицей-интернат». Выборку составили учащиеся 10 класса правоохранительной направленности в возрасте 15-17 лет, средний возраст 16 лет в количестве 56 человек. (N=56).

Исследование было организовано психологической службой образовательной организации в рамках дополнительных занятий по психологии. Для реализации программы психолого-педагогического эксперимента выборка учащихся случайным образом была поделена на две равные группы (по 28 чел.) – экспериментальную (ЭГ) и контрольную (КГ). Тестирование групп производилось до и после формирующего этапа эксперимента, длительность которого составила 2 мес. Психолого-педагогический эксперимент реализовывался в естественных для участников ЭГ условиях – в процессе лекционных и практических занятий по психологии. Диагностическая часть исследования проходила анонимно в групповой форме и носила свободный характер. На любой стадии работы лица-исты могли отказаться от участия в исследовании. Диагностические методики предъявлялись испытуемым в бланковой форме. Длительность констатирующего и контрольного этапов эксперимента (диагностики учащихся) составила около 1 часа.

Методика диагностики системы ценностей KVS-3 [4], самоактуализационный тест - САТ [2]; шкала психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко [9]; анкеты «Ваш образ жизни», «Субъективная оценка здоровья», «Знания о способах сохранения и укрепления здоровья», методика «Ценность здоровья в психологической структуре сознания» [10]. В качестве метода математико-статистического анализа результатов исследования использован χ^2 -критерия Пирсона, корреляционный анализ Спирмена, качественный анализ результатов исследования.

Результаты и их обсуждение. Первым этапом настоящего исследования явилась диагностика представленности ценности здоровья в сознании личности на уровне чувственной ткани, значения и личностного смысла в ЭГ и КГ с помощью методики «Ценность здоровья в психологической структуре сознания».

С помощью критерия χ^2 К. Пирсона установлено, что значимых различий между выборками до начала основной части эксперимента не имеется. Ценность здоровья представлена в сознании учащихся на уровне значения у большей части респондентов (64,2%) в ЭГ и в КГ (67,8%), на уровне личностного смысла – у 25,0% и 28,5% соответственно и на уровне чувственной ткани у 17,8% респондентов в каждой группе.

Установлено, что как в ЭГ ($p \leq 3 \cdot 10^{-5}$), так и в КГ ($p \leq 10^{-5}$) ценность здоровья представлена прежде всего на уровне значений, т. е. на внешнем уровне, при этом на уровне личностного смысла и чувственной ткани ценность здоровья выражена значительно в меньшей степени. Таким образом, ценность здоровья на данном этапе исследования у учащихся не обеспечена внутренним «подстилающим» слоем субъективных смыслов и чувственных образов, поэтому можно

сделать вывод о том, что ценность здоровья представлена в сознании подростков лишь на уровне значения.

Следующим этапом исследования стала **реализация программы формирования ценностного отношения к здоровью в экспериментальной группе** [10]. Отличительной особенностью программы является то, что данная программа направлена на формирование субъективных составляющих ценностного мира личности, на обогащение внутреннего ценностного мира чувственным и потребностно-эмоциональным содержанием, связанным со здоровьем.

Следующим, заключительным, этапом исследования стала повторная диагностика представленности ценности здоровья в сознании подростков ЭГ и КГ (на уровне значения, смысла и чувственной ткани), а также определение места здоровья в системе ценностей респондентов, проведение корреляционного исследования выраженности трех структурных компонентов ценности здоровья в сознании учащихся с показателями самоактуализации и психологического благополучия личности.

После реализации программы по формированию ценностного отношения к здоровью была проведена повторная диагностика ценностного отношения к здоровью у учащихся лица. В результате установлено, что ценность здоровья представлена на уровне значения – у 96,4% респондентов в ЭГ и 75,0% в КГ, на уровне чувственной ткани у 78,5% и 28,5%, соответственно, на уровне личностного смысла – у 89,2% и 53,6%, соответственно. С помощью χ^2 -критерия К. Пирсона выявлены статистически значимые различия в экспериментальной и контрольной группах по степени представленности ценности здоровья в сознании подростков. Примечательно, что выраженность каждого показателя в сознании личности оказалась выше в ЭГ. Таким образом, экспериментальное воздействие существенно обогатило ценностный мир подростков ЭГ внутренним содержанием, относящимся к здоровью.

Следующим этапом нашей работы стало изучение сформированности ценностного отношения к здоровью учащихся ЭГ и КГ с помощью методик диагностики системы ценностей KVS-3 [4], анкет «Ваш образ жизни», «Субъективная оценка здоровья», «Знания о способах сохранения и укрепления здоровья» [10], позволяющих выделить уровни ценностного отношения к здоровью.

На данном этапе эксперимента установлено, что в ЭГ были получены средний (53,6%) и высокий (46,4%) уровни ценностного отношения к здоровью, в то время как на этапе констатирующего эксперимента у учащихся ЭГ был диагностирован преимущественно средний (53,6%) и низкий (28,6%) уровни.

С помощью анкеты «Субъективная оценка здоровья» установлено, что подростки ЭГ оценили свое здоровье преимущественно как хорошее (57,1%), либо отличное (42,9%) и отмечали, что проблемы со здоровьем возникают у них крайне редко.

Результаты анкеты «Знания о способах сохранения и укрепления здоровья» показали, что 60,7% респондентов ЭГ имеют высокий уровень знаний о способах сохранения и укрепления здоровья, 39,3% – средний. 78,6% учащихся из ЭГ проявляет высокую (46,4%), либо среднюю (53,6%) активность, направленную

на сохранение собственного здоровья, – они рационально питаются, правильно планируют режим дня, ведут в целом здоровый образ жизни (Анкета «Ваш образ жизни»). Ценность здоровья включена в число приоритетных жизненных ценностей (на одно из первых трех мест) у всех респондентов ЭГ.

В КГ учащиеся имеют преимущественно средний (48,1%) уровень ценностного отношения к здоровью, 14,9% – высокий, 37,0% – низкий. На этапе констатирующего эксперимента 50,0% респондентов КГ показали средний уровень, 14,3% – высокий, 35,7% – низкий.

Отличительной особенностью ценностного отношения к здоровью учащихся, вошедших в КГ, является то, что все они включили ценность здоровья в число приоритетных жизненных ценностей (на одно из первых трех мест), но при этом активность, направленная на сохранение и укрепление здоровья, у них соответствует в основном среднему уровню (67,9%), низкому (17,6%) и только у 14,5% учащихся высокому уровню активности, направленной на сохранение и укрепление здоровья.

С помощью анкеты «Субъективная оценка здоровья» установлено, что подростки КГ оценили свое здоровье в основном как хорошее (57,1%), отличным назвали свое здоровье 21,4%. Результаты анкеты «Знания о способах сохранения и укрепления здоровья» показали, что 53,6% респондентов КГ имеют средний уровень знаний о способах сохранения и укрепления здоровья, 21,4% высокий и 25,0% низкий уровень.

На данных трех, описанных выше анкет, были вычислены интегральные показатели выраженности ценностного отношения к здоровью, позволяющие дать *обобщенную оценку* эффективности формирующего эксперимента (Рисунок 1).

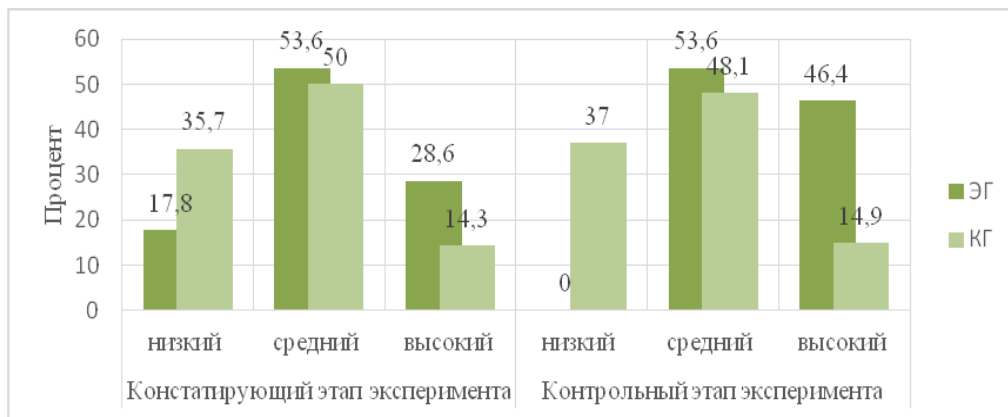


Рисунок 1. Обобщенная оценка эффективности формирующего эксперимента.

Обобщенные данные указывают на то, что в КГ никаких статистически значимых изменений в выраженности уровней ценностного отношения к здоровью выявлено не было. В ЭГ динамика ценностного отношения к здоровью бы-

ла установлена. Она связана со снижением выраженности низкого (с 17,8% до 0%) и увеличением высокого (с 28,6% до 46,4%) уровней ценностного отношения к здоровью. На рис. 1 видно, что на контрольном этапе эксперимента низкий уровень ценностного отношения к здоровью в ЭГ вообще не наблюдался, тогда как в КГ был характерен для 37% респондентов. Другим важным результатом формирующего эксперимента стало то, что на его заключительной стадии в ЭК в сравнении КГ стал доминировать высокий уровень ценностного отношения к здоровью (46,4% vs. 14,9%, соответственно) ($\chi^2=16,187$; $p \leq 0,001$). На контрольном этапе эксперимента в ЭГ примерно в равных пропорциях (53,6% vs. 46,4%) наблюдается представленность высокого и среднего уровней ценностного отношения, тогда как в КГ высокий уровень ценностного отношения к здоровью встречается с наименьшей частотой в сравнении со средним и высоким уровнями ($\chi^2=17,139$; $p \leq 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что в результате реализации программы по формированию ценностного отношения к здоровью произошло развитие трех сопряженных форм существования ценности здоровья в сознании учащихся – уровня объективных значений, субъективных смыслов и чувственной ткани образа. В результате этой работы произошло насыщение ценности здоровья внутренним живым содержанием – «подстилающим» слоем субъективных смыслов и чувственных образов. Это привело к тому, что ценность здоровья стала не только значимым (что понимается всеми), но и действенным (чем обладает далеко не каждый) регулятором собственных действий и поступков.

В ЭГ установлены статистически значимые положительные корреляции между выраженностью составляющих ценностного отношения к здоровью в сознании учащихся и показателями психологического благополучия личности (табл. 1).

Таблица 1.

Коэффициенты корреляции между выраженностью составляющих ценностного отношения к здоровью в сознании учащихся и показателями психологического благополучия личности в ЭГ (N=56)

№	Шкалы теста К. Рифф	Выраженность составляющих ценностного отношения к здоровью в сознании		
		Чувственная ткань	Значение	Смысл
1	Личностный рост	0,48***	0,63***	0,52***
2	Цели в жизни	0,61***	0,65***	0,48***
3	Самопринятие	0,55***	0,58***	0,54***
4	Итоговый показатель	0,63***	0,59***	0,54***

Примечание: *** – $p \leq 0,001$.

Полученный результат свидетельствует о том, что личность, у которой ценность здоровья присутствует на трех уровнях сопряженных форм существования – объективных значений, субъективных смыслов и чувственной ткани образа, стремится к саморазвитию и самосовершенствованию, открыта новому опыту, для нее характерны активность, готовность к встрече с незнакомыми обстоятельствами, независимость в суждениях и поведении, уверенность в себе,

ориентированность на свой внутренний мир. Такой человек испытывает чувство реализации своего потенциала, наблюдает улучшения в себе и своих действиях с течением времени, изменяется в соответствии с собственными познаниями и достижениями, видит смысл как в своем прошлом, так и в будущей жизни, придерживается собственных убеждений, имеет намерения и цели на всю жизнь, характеризуется позитивным отношением к себе, знает и принимает свои положительные и отрицательные личностные качества.

Таким образом, развитие трех структурных составляющих ценностного отношения к здоровью может быть осмыслено как важнейшее психологическое средство саморазвития личности.

В КГ установлена корреляция между такими структурными компонентами ценностного отношения к здоровью, как значение и личностный смысл, с такими шкалами теста К. Рифф, как цели в жизни, самопринятие и итоговый показатель, что свидетельствует о том, что для учащихся со средней степенью выраженности ценностного отношения к здоровью характерна ориентировка на ценностные ориентации, присущие самоактуализирующейся личности, они проявляют независимость в принятии решения, но при этом не противопоставляют свое мнение мнению окружающих (табл. 2).

Таблица 2.

Коэффициенты корреляции между выраженностью составляющих ценностного отношения к здоровью в сознании учащихся и показателями психологического благополучия личности в КГ (N=28)

№	Шкалы теста К. Рифф	Выраженность составляющих ценностного отношения к здоровью в сознании		
		Чувственная ткань	Значение	Смысл
2.	Цели в жизни	0,21^{n.s}	0,60***	0,45***
3.	Самопринятие	0,23^{n.s}	0,65***	0,49***
4.	Итоговый показатель	0,25^{n.s}	0,55***	0,48***

Примечание: ***- $p \leq 0,001$.

В ЭГ были установлены статистически значимые положительные корреляции между выраженностью составляющих ценности здоровья в психологической структуре сознания учащихся и показателями самоактуализации личности (табл. 3).

Выявлена положительная корреляционная зависимость структурных компонентов ценностного отношения к здоровью и показателями самоактуализации личности. Полученный результат говорит о том, что учащиеся с выраженным ценностным отношением к здоровью руководствуются в жизни своими собственными целями и интересами, имеют внутренний локуса контроля личности, ценят настоящий момент жизни и умеют проживать его максимально полно и интересно, считают важным опыт прошлого и с оптимизмом смотрят в будущее. Они понимают природу своих потребностей, способны к максимальной рефлексии своих ощущений и чувств. Им присущи ценности, характерные для человека, стремящегося к самоактуализации, а также стремление к постоянному приобретению знаний об окружающем мире.

Таблица 3.

Коэффициенты корреляции между выраженностью составляющих ценностного отношения к здоровью в сознании учащихся и показателями самоактуализации личности в ЭГ (N=28)

Шкалы теста САТ	Выраженность составляющих ценностного отношения к здоровью в сознании		
	Чувственная ткань	Значение	Смысл
Ориентация во времени	0,61***	0,65***	0,48***
Поддержка	0,53***	0,65***	0,49***
Ценностные ориентации	0,55***	0,59***	0,54***
Гибкость поведения	0,40**	0,60***	0,62***
Спонтанность	0,36**	0,59***	0,62***
Взгляд на природу человека	0,26 ^{n.s.}	0,60***	0,63***
Самопринятие	0,53***	0,65***	0,58***
Контактность	0,40**	0,60***	0,40**
Познавательные потребности	0,32**	0,60***	0,57***
Интегральный показатель	0,63***	0,68***	0,72***

Примечание: ^{n.s.} – коэффициент не является статистически значимым ($p > 0,10$), ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

В КГ также установлена корреляция между такими структурными компонентами ценностного отношения к здоровью, как значение и личностный смысл и показателями самоактуализации личности: шкалой ценностных ориентаций и поддержки. Установленные корреляционные связи свидетельствуют о том, что учащиеся с умеренно выраженным ценностным отношением к здоровью ориентированы на ценностные ориентации, присущие самоактуализирующейся личности, они проявляют независимость в принятии решения, но при этом не противопоставляют свое мнение мнению окружающих.

Заключение и выводы. Таким образом, достоверно показано, что в результате эксперимента по реализации программы, направленной на формирование ценностного отношения к здоровью, подростки ЭГ не только включают «здоровье» в перечень наиболее значимых жизненных ценностей (объективная значимость здоровья), но и обладают глубокими знаниями в области сохранения и укрепления здоровья, в том числе стремятся к поиску подобной информации самостоятельно (субъективный смысл), а также проявляют высокую активность, направленную на сохранение собственного здоровья, что свидетельствует о том, что ценность здоровья стала полноценной составляющей сознания, входит в его структуру не только на уровне объективных значений, но и субъективных смыслов и чувственных образов.

Психологическими индикаторами развития личности (в контексте проведенного исследования) являются: повышение значимости здоровья в системе

ценностей субъекта, обогащение ценности здоровья собственно личностным содержанием (чувственная ткань ценности, система субъективных смыслов), рост целостности, интегративности и гармоничности внутренней структуры ценностного отношения к здоровью, повышение ответственности человека за состояние собственного здоровья, повышение уровня самоактуализации как интегрального показателя развития личности, повышение психологического благополучия личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95-121.
2. Шмойлова Н.А., Каширский Д.В. Формирование ценностного отношения к здоровью у учащихся лица // Российский психологический журнал. 2021. № 1. С. 35-52.
3. Шмойлова Н.А. Формирование ценностного отношения к здоровью: психолого-педагогический аспект // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (2). № 3. С. 76-89.
4. Анцыферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности. М.: Изд-во МГУ, 1981. С. 3-18.
5. Гозман Л.Я., Кроз М.В., Латинская М.В. Самоактуализационный тест. М.: РПА, 1995. 44 с.
6. Исаева О.М., Акимова А.Ю., Волкова Е.Н. Факторы психологического благополучия российской молодежи // Психологическая наука и образование. 2022. Т. 27. № 4. С. 24-35.
7. Каширский Д.В. Психология личностных ценностей: дисс. ... д-ра психол. наук. М.: Российский государственный гуманитарный университет, М., 2014. 550 с.
8. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М.: Политиздат, 1977. 303 с.
9. Маралов В.Г., Низовских Н.А., Щукина М.А. Психология саморазвития: учебник и практикум для вузов. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт. 2024. 320 с.
10. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. СПб.: Евразия, 1997. 430 с.
11. Мотков О.И. Самореализация, гармоничность и психологическое благополучие личности // Проблемы психологического благополучия: Мат-лы международной науч. конф. Екатеринбург, 2021. С. 21-26.

REFERENCES

1. Shevelenkova T.D., Fesenko T.P. Psikhologicheskoe blagopoluchie lichnosti // Psikhologicheskaya diagnostika. 2005. # 3. S. 95-121.
2. Shmojlva N.A., Kashirskij D.V. Formirovanie czennostnogo otnosheniya k zdorov`yu u uchashhikhsya liczeyu // Rossijskij psikhologicheskij zhurnal. 2021. # 1. S. 35-52.
3. Shmojlva N.A. Formirovanie czennostnogo otnosheniya k zdorov`yu: psikhologo-pedagogicheskij aspekt // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (2). # 3. S. 76-89.

4. Anczy`ferova L.I. K psikhologii lichnosti kak razvivayushhejsya sistemy` // Psikhologiya formirovaniya i razvitiya lichnosti. M.: Izd-vo MGU, 1981. S. 3-18.
5. Gozman L.Ya., Kroz M.V., Latinskaya M.V. Samoaktualizacziorny`j test. M.: RPA, 1995. 44 s.
6. Isaeva O.M., Akimova A.Yu., Volkova E.N. Faktory` psikhologicheskogo blagopoluchiya rossijskoj molodezhi // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2022. T. 27. # 4. C. 24-35.
7. Kashirskij D.V. Psikhologiya lichnostny`kh czennostej: diss. ... d-ra psichol. nauk. M.: Rossijskij gosudarstvenny`j gumanitarny`j universitet, M., 2014. 550 s.
8. Leont`ev A.N. Deyatel`nost`, soznanie, lichnost`. M.: Politizdat, 1977. 303 s.
9. Maralov V.G., Nizovskikh N.A., Shhukina M.A. Psikhologiya samorazvitiya: uchebnik i praktikum dlya vuzov. 2-e izd., ispr. i dop. M.: Yurajt. 2024. 320 s.
10. Maslou A. Dal`nie predely` chelovecheskoj psikhiki. SPb.: Evraziyaya, 1997. 430 s.
11. Motkov O.I. Samorealizacziya, garmonichnost` i psikhologicheskoe blagopoluchie lichnosti // Problemy` psikhologicheskogo blagopoluchiya: Mat-ly` mezhdunarodnoj nauch. konf. Ekaterinburg, 2021. S. 21-26.

N.A. Shmoylova

**VALUE ATTITUDE TO HEALTH AS A FACTOR
OF PERSONALITY DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE**

Russian State University for the Humanities (Moscow).

Summary. The results of a study of the relationship between the value attitude to health and personal development are presented. Psychological indicators of personality development (in the context of the conducted research) are: increasing the importance of health in the value system of the subject, enriching the value of health with its own personal content (sensory tissue of value, system of subjective meanings), increasing the integrity, integrativity and harmony of the internal structure of the value attitude to health, increasing human responsibility for the state of one's own health, increasing the level of self-actualization as an integral indicator of personality development, increasing the psychological well-being of the individual.

Keywords: health, value attitude to health, components of value attitude to health, development, self-development, self-actualization, psychological well-being of the individual.

УДК 616.896

Р.К. Айтжанова¹, А.Е. Ролланова²ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ
ПО ВОПРОСАМ ЭТИОЛОГИИ АУТИЗМА¹Институт неврологии и нейрореабилитации им. С. Кайшибаева (Алматы, Казахстан), ²Университет Калифорнии (Дэвис, США)

Резюме. В обзоре рассматриваются различные биологические, генетические и экологические факторы, а также потенциальные механизмы, с помощью которых указанные факторы взаимодействуют и приводят к проявлению симптомов аутизма. Это включает в себя изучение генетических мутаций, пренатальных и перинатальных влияний, а также роли микробиоты кишечника в нейроразвитии. Несмотря на значительные достижения и прорывы в исследованиях, точные причины аутизма до настоящего времени остаются неясными. Понимание причин возникновения аутизма имеет важное значение для разработки эффективных интервенций и систем поддержки детей с аутизмом.

Ключевые слова: причины аутизма, причины РАС, этиология аутизма, этиология РАС, генетические факторы и аутизм, генетические факторы и РАС, окружающая среда и аутизм, окружающая среда и РАС.

Введение. Аутизм — это общее расстройство развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, характеризуется аномальным функционированием сферы социального взаимодействия, общения и ограниченным, повторяющимся поведением [5].

Актуальность изучения этиологических факторов аутизма имеет первостепенное значение в связи с его быстро растущей распространенностью по всему миру. Согласно систематическому обзору глобальной распространенности аутизма, цитируемому Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), примерно у 1 из 100 детей в мире диагностируется аутизм [30, 1]. Важно отметить, что частота распространенности может варьировать в зависимости от региона, различий в диагностической практике, экономическом положении и уровне осведомленности. В США Центры по контролю и профилактике заболеваний сообщают, что примерно у 1 из 36 детей диагностируется аутизм, что отражает значительное увеличение по сравнению с предыдущими десятилетиями [20]. По данным Американской академии педиатрии, РАС – распространенное расстройство нейроразвития, которое встречается у 1 из 59 детей в США (примерно 1,7%) [2]. В Южной Корее комплексное исследование показало, что примерно у 2,64% детей диагностируется аутизм [28], что является одним из высоких показателей распространенности в мире. В Индии частота распространенности варьирует от 0,09% в городских регионах до 0,11% в сельских регионах [8]. Понимание этиологии аутизма имеет важное значение для разработки эффективных интервенций и систем поддержки детей с аутизмом. Несмотря на значительные достижения и прорывы в исследованиях, точные причины аутизма до

настоящего времени остаются неясными, поэтому продолжающиеся исследования генетических, экологических и нейробиологических факторов необходимы.

В Республике Казахстан существует ограниченное количество достоверной статистики относительно числа детей с этим состоянием, однако имеются данные, подтверждающие мировую тенденцию к росту распространенности аутизма, с увеличением приблизительно на 42% с 2022 г. по 2023 г. [3]. В РК официальный статистический учет детей с аутизмом осуществляется на основании приказа Министра образования и науки Республики Казахстан от 04 октября 2007 г. № 470 Национальным научно-практическим центром развития специального и инклюзивного образования (ННПЦ РСИО). Согласно Справке по статистическому учету детей с особыми образовательными потребностями (ООП), в Республике Казахстан на 01 января 2024 г. количество детей с аутизмом достигло 16710, что составляет 8,2% от общего количества детей с ООП [4]. Исследования по аутизму в Казахстане редки, что заставляет многих практикующих врачей и специалистов в этой области полагаться на литературу из таких стран, как Россия, из-за географической близости и отсутствия языкового барьера. Такой подход приносит знание и определенный прогресс в понимание аутизма в Казахстане. Однако большинство международных научных работ публикуется на английском языке или часто переводится на него, что создает разрыв в доступе к информации для неанглоязычных специалистов.

Целью настоящего обзора является теоретический анализ этиологии аутизма с использованием международной научной литературы для обеспечения более целостного понимания происхождения данного расстройства.

В обзоре рассматриваются несколько вопросов. Во-первых, он исследует многообразные биологические, генетические и экологические факторы, способствующие развитию аутизма. Это включает в себя изучение генетических мутаций, пренатальных и перинатальных влияний, а также роли микробиоты кишечника в нейроразвитии. Во-вторых, обзор исследует потенциальные механизмы, с помощью которых эти факторы взаимодействуют и приводят к проявлению симптомов аутизма.

Предыстория. Исторический контекст, заданный новаторской работой Л. Каннера, является основой текущего теоретического анализа этиологии аутизма у детей. Первоначальные наблюдения Л. Каннера в начале 20 века выявили уникальные поведенческие паттерны, которые он подробно описал в своих работах, в частности в работе 1943 г. «Autistic Disturbances of Affective Contact». Анализируя семейный фон детей с аутизмом, Л. Каннер предположил возможный генетический или наследственный компонент состояния ребенка, учитывая позднее развитие речи и легкие обсессивные черты у отца [16]. Позже он расширил свои исследования в работе 1965 года «Infantile autism and the schizophrenias». Эти исследования подчеркнули потенциальные генетические и экологические факторы, способствующие развитию аутизма. Каннер изначально описывал детей, которые с раннего возраста демонстрировали явное отсутствие интереса к человеческим отношениям, что, как он предполагал, может быть врожденной чертой, напоминающей физические или интеллектуальные

изменения, присутствующие с рождения. Его наблюдения также выявили модель эмоционального отчуждения в семьях, особенно подчеркивая холодность родителей и их увлеченность абстрактной умственной деятельностью вместо межличностных отношений [17]. Дальнейший анализ семейной динамики показывает, что родительское поведение чаще является реакцией на особенности ребенка, а не их причиной. Эта идея бросает вызов ранним теориям, таким как теория «матери-холодильника», которые приписывали аутизм недостатку материнской привязанности и эмоционального тепла, предполагая, что такое поведение родителей может быть следствием ситуации или корреляцией, а не первопричиной [6]. Эта исправленная точка зрения подчеркивает, что аутизм является сложным состоянием, на которое влияют различные генетические и экологические факторы.

Методология. Для расширения понимания этиологии аутизма у детей была использована комплексная стратегия поиска в научных базах данных PubMed и PsycINFO. Поиск проводился с использованием специфических терминов и фраз, чтобы охватить максимально широкий спектр исследований, относящихся к экологическим и генетическим факторам аутизма. Ключевые поисковые термины включали «причины РАС/аутизма,» «этиология РАС/аутизма,» «генетические факторы и РАС/аутизм» и «окружающая среда и РАС/аутизм». Преимущественно рассматривались исследования, опубликованные за последние 5 лет (после 2019 г.), чтобы сосредоточиться на самых последних исследованиях в этой области.

Результаты. Возникновение аутизма преимущественно зависит от генетических факторов, о чем свидетельствует высокая наследуемость, отмеченная в многочисленных исследованиях. Одно из исследований использовало данные шведских когорт близнецов и сообщило о наследуемости клинических диагнозов в диапазоне от 0,88 до 0,97. Авторы подчеркивают, что высокая наследуемость указывает на то, что генетические факторы являются ключевыми в этиологии РАС, тогда как экологические факторы, хотя и влияют, играют вторичную роль. Также важно отметить, что исследование пришло к выводу, что увеличение числа диагнозов РАС более связано с изменением диагностических критериев и повышением осведомленности, чем с изменениями в генетических или экологических причинах [26]. Другая научная работа также подчеркнула высокие показатели наследуемости с уровнем около 80% у однойцевых близнецов и примерно 40% у двуяйцевых близнецов, что снова подтверждает вклад генетики. Помимо высокой наследуемости, в упомянутой работе были выявлены специфические генетические вариации, которые способствуют развитию РАС. Было установлено, что более 400 генов тесно связаны с РАС, причем новообразованные мутации составляют от 15% до 25% случаев [21]. Это указывает на сложную генетическую структуру, включающую как наследственные, так и спонтанные генетические мутации. A.K. Sauer et al подробно описали это, выявив ключевые гены, такие как SHANK2/3, NRXN1 и NLGN2/4X, которые критически важны для синаптической функции, подчеркивая роль синаптической дисфункции в РАС [25]. Хромосомные аномалии также играют значительную

роль в развитии РАС. Определенные хромосомные участки, такие как 15q11.2, BP1-BP2, 16p11.2 и 15q13.3, были связаны с РАС через делеции или дупликации, нарушающие нормальную функцию генов и развитие нервной системы. Было показано, что генетические синдромы, такие как синдромы Вильямса, Фелан-МакДермид и Шпринтцена-Голдберга имеют отношение к этиологии расстройства. Эти хромосомные изменения могут влиять на множество генов, приводя к фенотипам, наблюдаемым при РАС. Одногенные расстройства являются еще одним важным компонентом. Расстройства, такие как туберозный склероз, вызванный мутациями в генах TSC1 и TSC2, нейрофиброматоз (гены NF1 и NF2), X-сцепленный синдром Ретта (ген MECP2) и синдром ломкой X-хромосомы (ген FMR1), могут влиять на развитие РАС [13]. E. Masini et al предоставили всесторонний обзор генетических, эпигенетических и экологических факторов, влияющих на развитие РАС, подчеркивая важность синаптической активности. Они обсудили проблему «отсутствующей наследуемости» и как она относится к генетическим расстройствам, включая РАС, где только часть генетических вариантов, связанных с расстройством, была идентифицирована, несмотря на выраженный генетический компонент. Их обзор выделил более 800 кандидатов-генов. Наиболее затронутыми при РАС являются гены, кодирующие белки, участвующие в перестройке хроматина, управлении процессами транскрипции, в клеточном росте, а также, в основном, в структуре и работе синапсов, что указывает на то, что нарушения в этих путях критически важны для патогенеза РАС. Эпигенетические факторы, такие как метилирование дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) и изменения микроРНК, дополнительно модулируют экспрессию генов и являются частью этиологии РАС [22]. Указанные эпигенетические механизмы опосредуют взаимодействие между генетическими предрасположенностями и влиянием окружающей среды. Метилирование ДНК обычно действует на подавление экспрессии генов и является важным для нормального развития. При РАС аномальные паттерны метилирования могут нарушать экспрессию генов, участвующих в развитии нервной системы и синаптической функции. Аналогично, микроРНК, которые регулируют экспрессию генов на посттранскрипционном уровне, были обнаружены как дисрегулированные у людей с РАС, что влияет на развитие и функционирование нейронов. Воздействие определенных препаратов во время беременности, таких как вальпроевая кислота (VPA), было показано как индуцирующее значительные эпигенетические изменения, которые увеличивают риск РАС [11, 23]. VPA является ингибитором деацетилазы гистонов (HDAC), что вызывает изменения в экспрессии генов, воздействуя на процессы метилирования ДНК. Наиболее важным предложенным механизмом является индукция эпигенетических изменений вследствие этого ингибирования. Кроме того, VPA увеличивает плотность глутаматергических нейронов, что приводит к дисбалансу между возбуждающими и тормозящими сигналами в мозге. Этот дисбаланс является ключевым, так как он может нарушать нормальное функционирование и развитие мозга. Другим механизмом является увеличение количества активных форм кислорода (АФК), что способствует оксидативному стрессу и

его тератогенным эффектам. Исследования на животных показали, что воздействие VPA в критические периоды беременности приводит к нарушениям развития нервной системы, которые имитируют PАС. P.M. Rodier et al обнаружили, что инъекция 350 мг/кг массы тела крысам в течение гестационных дней 11.5–12.5 приводила к уменьшению количества нейронов в ядрах моторных черепных нервов, уменьшению размера мозжечковых полушарий и уменьшению количества клеток Пуркинье мозжечка, что способствует поведенческим изменениям, напоминающим PАС [24]. A. Ornoy, L. Weinstein-Fudim & M. Becker изучали эпигенетические эффекты веществ, таких как S-аденозилметионин (SAMe) и холин, во время беременности. SAMe является ключевым донором метильных групп в организме и способствует метилированию ДНК. Было показано, что он смягчает некоторые негативные эффекты, вызванные VPA. Холин, необходимый для метаболизма углерода, поддерживает развитие мозга и когнитивные функции. Пренатальная добавка холина ассоциируется с улучшением нейроразвитийных результатов, подчеркивая его роль в модуляции эпигенетических механизмов [23].

Изменения в химической модификации ДНК и экспрессии микроРНК, вызванные такими экологическими факторами, как материнская иммунная активация, стресс, воздействие наркотиков и питание, являются критически важными для понимания того, как генетические предрасположенности трансформируются в фенотипы PАС. Это подчеркивает важность дальнейших исследований эпигенетических вмешательств, способных снизить риск PАС и способствовать здоровому развитию нервной системы [19]. Одной из значимых областей исследований является пренатальное воздействие загрязнителей окружающей среды. X. Yu et al подчеркнули, что воздействие мелкодисперсных частиц (PM_{2.5}) во время беременности связано с нейровоспалением, так как оно может активировать микроглиальные клетки, основные иммунные клетки в мозге. Когда эти клетки активированы, они высвобождают провоспалительные цитокины, такие как IL-6 и TNF- α , которые могут пересекать плаценту и проникать в мозг плода. Эта воспалительная реакция может нарушать нормальное развитие мозга, влияя на дифференцировку и созревание нейрональных предшественников, что приводит к измененному формированию нейронных цепей и синаптической связности, которые оба являются критически важными для правильного когнитивного и социального функционирования. Также было показано, что это связано с окислительным стрессом в развивающемся мозгу [9, 29]. Частицы могут генерировать АФК в организме, перегружая антиоксидантные системы защиты и приводя к повреждению клеток. В развивающемся мозгу высокие уровни АФК могут повреждать клетки, такие как нейроны и глиальные клетки, атакуя клеточные мембраны, белки и ДНК. Это окислительное повреждение может ухудшить рост и выживание этих критически важных клеток, нарушая нейромедиаторные системы и препятствуя синаптической пластичности, что приводит к нарушениям в развитии нервной системы. Это воздействие связано с повышенным риском PАС [14]. Другое исследование нашло доказательства, подтверждающие эту связь, изучив эффекты PM_{2.5} и PM₁₀.

Еще одним экологическим фактором, который, как было доказано, влияет на развитие мозга плода, приводя к чертам РАС, являются инфекции и аутоиммунные состояния, которые могут вызвать материнскую иммунную активацию (МИА) во время беременности. Состояния, такие как материнские инфекции, гипертония, астма и аутоиммунные заболевания, связаны с системным воспалением, которое может нарушать нейроразвитие плода. M. Doi, N. Usui & S. Shimada обсудили, как воспалительные цитокины, производимые во время МИА, такие как IL-17, могут пересекать плаценту и нарушать развитие мозга плода, приводя к структурным и функциональным аномалиям, связанным с РАС. Исследования предполагают, что материнский иммунный ответ, включая повышенные уровни цитокинов и хроническое воспаление, может ухудшать развитие нейронных цепей, способствуя характерным дефицитам РАС в социальной коммуникации и взаимодействии, а также ограниченному и повторяющемуся поведению. Также отмечено, что повышенные уровни стресса во время беременности могут увеличивать производство кортизола и других стрессовых гормонов, которые могут пересекать плаценту и негативно влиять на развитие мозга плода. Хроническое воздействие стресса, особенно во время критических периодов развития мозга, связано с нейроразвитием нарушений [7].

Результаты комплексного систематического обзора и мета-анализа изучения влияния материнского питания на нейроразвитийные расстройства, включая РАС, подчеркивают критическую важность адекватного материнского потребления ключевых питательных веществ, таких как фолиевая кислота, железо и йод для стандартного нейроразвития. В частности, фолиевая кислота играет ключевую роль в синтезе и восстановлении ДНК, а ее дефицит может привести к нарушению процессов метилирования, что, в свою очередь, сказывается на экспрессии генов, важных для развития нервной системы. Низкое потребление фолата ассоциировано со снижением пролиферации клеток-предшественников и усилением апоптоза, что приводит к нарушениям в развитии нервной системы. Также подчеркивается значительное влияние материнского питания на эпигенетические механизмы, особенно во время критических периодов развития мозга плода. Это предполагает, что питание матери не только обеспечивает важные элементы для развития мозга, но также воздействует на генную экспрессию, что может иметь продолжительные эффекты на нейроразвитие ребенка. Железо и йод тоже являются важными питательными веществами, упомянутыми в обзоре. Железо необходимо для энергетического обмена нейронов, а также для структуры и полноценной работы гиппокампа у зародыша — области мозга, критически важной для памяти и обучения. Дефицит во время беременности может нарушить эти процессы, и может привести к когнитивным недостаткам. Нехватка йода может также привести к нарушениям функций мозга. Йод играет ключевую роль в синтезе гормонов щитовидной железы, которые отвечают за развитие и рост мозга. Потребление матерью полиненасыщенных жирных кислот, включая омега-3 и омега-6, дало неоднозначные результаты. Омега-3 поддерживают развитие мозга и обладают противовоспалительными свойствами, а избыток омега-6 может усилить воспаление. Некоторые исследо-

вания в мета-анализе показали повышенный риск РАС при высоком потреблении омега-6, тогда как другие обнаружили обратную связь с общим потреблением, отмечая важность правильного баланса омега-3 и омега-6 для здорового развития мозга [15]. Повышенное материнское потребление рыбы, являющейся источником омега-3, во время беременности ассоциировалось с более низким риском РАС у ребенка. Лонгитюдное исследование показало, что употребление морепродуктов в первом триместре связано с меньшим количеством аутистических черт. Однако, некоторые исследования не обнаружили подобной значительной ассоциации между потреблением рыбы и риском РАС, свидетельствуя о противоречивых результатах в данной области [19,15]. А.А.Е. Vinkhuysen et al исследовали связь между дефицитом витамина D во время беременности и признаками РАС, обнаружив, что низкие уровни витамина D во время беременности связаны с более высокими баллами по шкале социальной отзывчивости (SRS), что указывает на увеличение симптомов РАС [27].

Повышенный возраст родителей на момент зачатия был связан с увеличенным риском РАС в ряде исследований [13, 21, 22, 25,]. Особое внимание уделялось возрасту отца, так как в некоторых исследованиях было показано, что возраст матери не оказывает существенного влияния на предрасположенность к РАС. Это может быть связано с накоплением новых мутаций и изменениями в метилировании ДНК в сперматозоидах по мере старения мужчин, что способствует повышению риска развития РАС у потомства и нарушению нервной системы [21].

Перинатальные факторы, такие как преждевременные роды и гипоксия при рождении, являются значительными факторами риска РАС. Эти состояния могут быть следствием стресса матери, недоедания или недостаточности плаценты и могут приводить к аномальному развитию мозга, повреждая нейронные клетки. Преждевременно рожденные дети особенно уязвимы к РАС и другим расстройствам из-за раннего нарушения важных процессов развития [18]. Воздействие токсинов окружающей среды во время беременности, таких как тяжелые металлы, включая свинец, ртуть и мышьяк, было связано с нарушениями передачи нервных импульсов и изменениями в мозговых областях, ассоциированных с РАС. R.M. Botelho et al выявили, что пренатальное воздействие пестицидов, органофосфатов и эфиров фталевой кислоты может повысить риск развития РАС, вызывая окислительный стресс и нарушая нейроразвитие. Среди механизмов влияния этих веществ на развивающийся мозг — окислительный стресс, дисрегуляция простагландина E2, длительная активация натриевых каналов и взаимодействие с рецепторами гамма-аминомасляной кислоты. Кроме того, метаболические состояния матери, такие как диабет и ожирение, были сильно связаны с увеличенным риском РАС [7]. S. Chen et al сообщили, что диабет матери, особенно гестационный сахарный диабет (ГСД), связан с более высокими показателями РАС и других расстройств [10]. Основные механизмы включают окислительный стресс и гормональный дисбаланс, негативно влияющие на развитие мозга плода. ГСД подавляет рецепторы-сироты альфа, связанные с рецептором ретиноевой кислоты (ROR α), и супероксиддисмутазу (СОД), что вызывает окислительный стресс и приводит к поведенческим нару-

шениям, схожим с теми, которые наблюдаются при РАС. Аналогично ожирение матери как до беременности, так и во время гестации связано с повышенным риском РАС. Это связано с дислипидемическим состоянием, повышенным уровнем воспаления и значительными изменениями в метаболитах энергетического обмена, что может нарушать нейроразвитие [7]. Изменения в микробиоте кишечника матери во время беременности могут влиять на риск развития РАС. Нарушение состава микробиоты влияет на производство короткоцепочечных жирных кислот и других метаболитов, что сказывается на развитии мозга. Дисбиоз часто встречается у людей с РАС и может способствовать желудочно-кишечным симптомам и поведенческим аномалиям [12].

A. Zahra et al изучили общую этиологию РАС и эпилепсии, указав, что оба состояния часто связаны с генетическими мутациями, которые нарушают синаптическую пластичность и баланс возбуждающих и тормозящих (E/I) сигналов в мозге. В частности, эпилептические приступы в раннем возрасте были выделены как ключевой фактор, способный воздействовать на различные области мозга, что приводит к когнитивным нарушениям и аутистическим проявлениям. Эти припадки могут вызывать изменения в роли нейромедиаторов и врожденных свойствах нейронов, приводя к дисбалансу E/I. Это состояние может привести к гипертонии нервной системы, что может проявляться в виде повышенной склонности к дальнейшим приступам и усилению симптомов РАС. Кроме того, интериктальные ЭЭГ-аномалии, часто встречающиеся у людей с эпилепсией, значительно связаны с сопутствующими поведенческими нарушениями при РАС. Теория нейронной координации предполагает, что сочетание РАС и эпилепсии может свидетельствовать о наличии основной энцефалопатии, проявляющейся через различные неврологические нарушения, включая эпилептиформную активность. Генетические мутации, которые влияют на синаптическую пластичность и баланс E/I, такие как те, что наблюдаются при туберозном склерозе и синдроме ломкой X-хромосомы, еще раз подчеркивают взаимосвязанность РАС с эпилепсией [31].

Анализ. Наш теоретический анализ подтверждает значительную наследуемость аутизма, о чем свидетельствуют исследования с высокими оценками наследуемости [26]. Идентификация более 400 генов, связанных с аутизмом, таких как SHANK2/3, NRXN1 и NLGN2/4X, подчеркивает генетическую сложность расстройства [21, 25]. Эти данные указывают на ключевую роль синаптической дисфункции в патогенезе аутизма. Однако не все случаи объясняются только генетикой, что предполагает существование неопознанных генов или сложных взаимодействий генов и окружающей среды. Эпигенетические модификации, такие как метилирование ДНК и дисрегуляция микроРНК, усложняют генетические механизмы аутизма, влияя на нейронное развитие и синаптическую функцию [22]. Это подчеркивает важность учета времени и характера воздействия окружающей среды на экспрессию генов. Хотя влияние окружающей среды может быть менее значительным, чем генетические факторы, оно получает все большее признание и является важной областью для вмешательства. Например, пренатальное воздействие загрязнителей, таких как PM2.5, было выявлено как фактор

риска [7, 29]. МІА, вызванная инфекциями, аутоиммунными заболеваниями или стрессом во время беременности, также оказывает значительное влияние на мозг плода, нарушая нейронные цепи и способствуя аутистическому поведению [11]. Точные механизмы, через которые МІА и другие факторы окружающей среды взаимодействуют с генетическими предрасположенностями, требуют дальнейшего изучения. Кроме того, адекватное питание матери имеет решающее значение для развития мозга плода. Недостаток таких питательных веществ, как фолиевая кислота, железо и йод, может нарушить метилирование ДНК и увеличить риск аутизма [19]. Метаболические состояния матери, такие как диабет и ожирение, также повышают этот риск [10], подчеркивая важность поддержания здоровья матери во время беременности. Перинатальные факторы, включая преждевременные роды и гипоксию, часто вызванные стрессом или плацентарной недостаточностью, являются значительными факторами риска аутизма [18]. Воздействие тяжелых металлов, пестицидов и определенных лекарств во время беременности также увеличивает риск аутизма, нарушая нейротрансмиттерную передачу и мешая важным нейротрофическим путям [7]. Особенно важно учесть критические окна развития во время беременности, когда воздействие факторов оказывает более сильное влияние [23]. После рождения ранний этап развития также имеет решающее значение, поскольку в это время мозг ребенка наиболее уязвим к внешним воздействиям, что может усугубить генетическую предрасположенность и повлиять на формирование аутистических черт. Исследования должны учитывать, в какие именно периоды происходит воздействие, так как от времени зависит степень его влияния на развитие. Несмотря на то, что отдельные экологические факторы риска были идентифицированы, существует ограниченное количество исследований о том, как эти факторы взаимодействуют друг с другом и с генетическими предрасположенностями. Это особенно важно, потому что не все выявленные экологические воздействия всегда приводят к развитию аутизма, что позволяет предположить, что несколько факторов и механизмов могут оказывать совместное влияние. Исследования должны сосредоточиться на комбинированных эффектах множественных воздействий, чтобы получить более полное понимание этиологии аутизма. Изучение этих взаимодействий позволит улучшить стратегии профилактики и вмешательства. Например, было высказано предположение, что хотя МІА предоставляет важную основу для понимания этиологии аутизма, не у всех детей, подвергшихся воздействию МІА, развивается это расстройство. Это предполагает, что для возникновения симптомов могут потребоваться дополнительные экологические воздействия или генетические факторы. Будущие исследования могут изучить взаимодействие между МІА и такими аспектами, как питание и генетическая предрасположенность, чтобы выявить возможные взаимосвязи, которые совместно способствуют развитию аутизма [29].

Заключение. Данный анализ подтверждает, что этиология аутизма многофакторна и включает сложное взаимодействие генетических предрасположенностей, эпигенетических изменений и факторов окружающей среды. Хотя генетические объяснения играют ключевую роль, экологические факторы, включая пренатальное загрязнение и здоровье матери, также имеют значительное влия-

ние. Анализ различных факторов демонстрирует ранее отмеченную сложность этиологии расстройства, что требует междисциплинарных исследований и индивидуально разработанных стратегий вмешательства.

Ограничения. Важно отметить, что остаются пробелы в понимании взаимодействия упомянутых факторов в контексте рассматриваемых регионов. Представленные международные исследования ограничивают возможность делать точные выводы, применимые к Казахстану и соседним странам. Будущие исследования должны быть направлены на изучение региональных экологических и культурных влияний на аутизм. Также следует отметить, что многие исследования, включенные в этот обзор, основываются на данных, предоставленных самими респондентами, по таким вопросам, как здоровье матери и питание, что влечет за собой проблемы, такие как неточности. Кроме того, различия в диагностических практиках и стандартах отчетности создают сложности при сравнении показателей распространенности и этиологических данных на международном уровне. Эти ограничения подчеркивают необходимость продолжения исследований, особенно локальных, для формирования более детального понимания этиологии аутизма и эффективных стратегий вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения (2023, 15 ноября). Аутизм. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?gad_source=1&](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwqMO0BhA8EiwAFTLgIPkM2agbcT8nZUmMr4EPbskzCtvKNWDD2Sv72N2kNOo0I1fPv1ma-xoCL1QQAxD_BwE)

[gclid=CjwKCAjwqMO0BhA8EiwAFTLgIPkM2agbcT8nZUmMr4EPbskzCtvKNWDD2Sv72N2kNOo0I1fPv1ma-xoCL1QQAxD_BwE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwqMO0BhA8EiwAFTLgIPkM2agbcT8nZUmMr4EPbskzCtvKNWDD2Sv72N2kNOo0I1fPv1ma-xoCL1QQAxD_BwE)

2. Клинический отчет. Руководство для педиатров-клиницистов. Выявление, оценка и коррекция нарушений у детей с расстройством аутистического спектра. Susan L. Hyman, MD, FAAP, a Susan E. Levy, MD, MPH, FAAP, b Scott M. Myers, MD, FAAP, c. 2020.

3. Международное информационное агентство «Казинформ». (2023, 27 марта). Количество детей с аутизмом растет в Казахстане. Получено с https://www.inform.kz/ru/kolichestvo-detey-s-autizmom-rastet-v-kazahstane_a4050131

4. Справка по статистическому учету детей с особыми образовательными потребностями в Республике Казахстан на 01.01.2024 г.

REFERENCES

1. Vsemirnaya organizaciya zdravookhraneniya (2023, 15 noyabrya). Autizm. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?gad_source=1&](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwqMO0BhA8EiwAFTLgIPkM2agbcT8nZUmMr4EPbskzCtvKNWDD2Sv72N2kNOo0I1fPv1ma-xoCL1QQAxD_BwE)

[gclid=CjwKCAjwqMO0BhA8EiwAFTLgIPkM2agbcT8nZUmMr4EPbskzCtvKNWDD2Sv72N2kNOo0I1fPv1ma-xoCL1QQAxD_BwE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwqMO0BhA8EiwAFTLgIPkM2agbcT8nZUmMr4EPbskzCtvKNWDD2Sv72N2kNOo0I1fPv1ma-xoCL1QQAxD_BwE)

2. Klinicheskij otchet. Rukovodstvo dlya pediatrov-kliniczistov. Vy`yavlenie, ocenka i korrekciya narushenij u detej s rassstrojstvom autisticheskogo spektra. Susan L. Hyman, MD, FAAP, a Susan E. Levy, MD, MPH, FAAP, b Scott M. Myers, MD, FAAP, s. 2020.

3. Mezhdunarodnoe informaczionnoe agentstvo «Kazinform». (2023, 27 marta).

Kolichestvo detej s autizmom rastet v Kazahstane. Polucheno s https://www.inform.kz/ru/kolichestvo-detey-s-autizmom-rastet-v-kazahstane_a4050131

4. Spravka po statisticheskomu uchetu detej s osoby`mi obrazovatel`ny`mi potrebnyami v Respublike Kazahstan na 01.01.2024 g.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

6. Bennett, M., Webster, A.A., Goodall, E., Rowland, S. (2018). Establishing Contexts for Support: Undoing the Legacy of the “Refrigerator Mother” Myth. In: *Life on the Autism Spectrum*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3359-0_4

7. Botelho, R.M., Silva, A.L.M., & Borbely, A.U. (2024). The Autism Spectrum Disorder and Its Possible Origins in Pregnancy. *International journal of environmental research and public health*, 21(3), 244. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030244>

8. Chauhan, A., Sahu, J.K., Jaiswal, N., Kumar, K., Agarwal, A., Kaur, J., Singh, S., & Singh, M. (2019). Prevalence of autism spectrum disorder in Indian children: A systematic review and meta-analysis. *Neurology India*, 67(1), 100–104. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.253970>

9. Chun, H., Leung, C., Wen, S.W., McDonald, J., & Shin, H.H. (2020). Maternal exposure to air pollution and risk of autism in children: A systematic review and meta-analysis. *Environmental pollution (Barking, Essex : 1987)*, 256, 113307. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2019.113307>

10. Chen, S., Zhao, S., Dalman, C., Karlsson, H., & Gardner, R. (2021). Association of maternal diabetes with neurodevelopmental disorders: autism spectrum disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder and intellectual disability. *International journal of epidemiology*, 50(2), 459–474. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa212>

11. Doi, M., Usui, N., & Shimada, S. (2022). Prenatal Environment and Neurodevelopmental Disorders. *Frontiers in endocrinology*, 13, 860110. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.860110>

12. Góralczyk-Bińkowska, A., Szmajda-Krygier, D., & Kozłowska, E. (2022). The Microbiota-Gut-Brain Axis in Psychiatric Disorders. *International journal of molecular sciences*, 23(19), 11245. <https://doi.org/10.3390/ijms231911245>

13. Genovese, A., & Butler, M.G. (2023). The Autism Spectrum: Behavioral, Psychiatric and Genetic Associations. *Genes*, 14(3), 677. <https://doi.org/10.3390/genes14030677>

14. Jo, H., Eckel, S.P., Wang, X., Chen, J.C., Cockburn, M., Martinez, M.P., Chow, T., Molshatzki, N., Lurmann, F.W., Funk, W.E., Xiang, A.H., & McConnell, R. (2019). Sex-specific associations of autism spectrum disorder with residential air pollution exposure in a large Southern California pregnancy cohort. *Environmental pollution (Barking, Essex: 1987)*, 254(Pt A), 113010. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2019.113010>

15. Julvez, J., Méndez, M., Fernandez-Barres, S., Romaguera, D., Vioque, J., Llop, S., Ibarluzea, J., Guxens, M., Avella-García, C., Tardón, A., Riaño, I.,

Andiarena, A., Robinson, O., Arijia, V., Esnaola, M., Ballester, F., & Sunyer, J. (2016). Maternal Consumption of Seafood in Pregnancy and Child Neuropsychological Development: A Longitudinal Study Based on a Population With High Consumption Levels. *American journal of epidemiology*, 183(3), 169–182. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv195>

16. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217-250. Retrieved from <https://www.autismtruths.org/pdf/Autistic%20Disturbances%20of%20Affective%20Contact%20-%20Leo%20Kanner.pdf>.

17. Kanner, L. (1965). Infantile autism and the schizoprenias. *Systems Research*, 10(4), 412-420. <https://doi.org/10.1002/bs.3830100404>.

18. Khachadourian, V., Mahjani, B., Sandin, S., Kolevzon, A., Buxbaum, J.D., Reichenberg, A., & Janecka, M. (2023). Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. *Translational psychiatry*, 13(1), 71. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02374-w>.

19. Li, M., Francis, E., Hinkle, S.N., Ajjarapu, A.S., & Zhang, C. (2019). Preconception and Prenatal Nutrition and Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 11(7), 1628. <https://doi.org/10.3390/nu11071628>

20. Maenner M.J., Warren Z, Williams A.R., et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ* 2023;72(No. SS-2):1–14. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>

21. Meghan Styles, Dalal Alsharshani, Muthanna Samara, Mohammed Alsharshani, Azhar Khattab, M.Walid Qoronfleh, Nader Al-Dewik. Risk factors, diagnosis, prognosis and treatment of autism. *Front. Biosci. (Landmark Ed)* 2020, 25(9), 1682–1717. <https://doi.org/10.2741/4873>.

22. Masini, E., Loi, E., Vega-Benedetti, A.F., Carta, M., Doneddu, G., Fadda, R., & Zavattari, P. (2020). An Overview of the Main Genetic, Epigenetic and Environmental Factors Involved in Autism Spectrum Disorder Focusing on Synaptic Activity. *International journal of molecular sciences*, 21(21), 8290. <https://doi.org/10.3390/ijms21218290>

23. Ornoy, A., Weinstein-Fudim, L., & Becker, M. (2022). SAME, Choline, and Valproic Acid as Possible Epigenetic Drugs: Their Effects in Pregnancy with a Special Emphasis on Animal Studies. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)*, 15(2), 192. <https://doi.org/10.3390/ph15020192>.

24. Rodier, P.M., Ingram, J.L., Tisdale, B., Croog, V.J. Linking etiologies in humans and animal models: Studies of autism, *Reproductive Toxicology*, Volume 11, Issues 2–3, 1997, Pages 417-422, ISSN 0890-6238, [https://doi.org/10.1016/S0890-6238\(97\)80001-U](https://doi.org/10.1016/S0890-6238(97)80001-U).

25. Sauer, A.K., Stanton, J.E., Hans, S., & Grubrucker, A.M. (2021). Autism Spectrum Disorders: Etiology and Pathology. In A. M. Grubrucker (Ed.), *Autism Spectrum Disorders*. Exon Publications.

26. Taylor, M.J., Rosenqvist, M.A., Larsson, H., Gillberg, C., D'Onofrio, B.M., Lichtenstein, P., & Lundström, S. (2020). Etiology of Autism Spectrum Disorders and Autistic Traits Over Time. *JAMA psychiatry*, 77(9), 936–943.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0680>.

27. Vinkhuyzen, A.A. E., Eyles, D.W., Burne, T.H. J., Blanken, L.M.E., Kruithof, C.J., Verhulst, F., Jaddoe, V.W., Tiemeier, H., & McGrath, J.J. (2018). Gestational vitamin D deficiency and autism-related traits: the Generation R Study. *Molecular psychiatry*, 23(2), 240–246. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.213>

28. Yoo, S.M., Kim, K.N., Kang, S., Kim, H.J., Yun, J., & Lee, J.Y. (2022). Prevalence and Premature Mortality Statistics of Autism Spectrum Disorder Among Children in Korea: A Nationwide Population-Based Birth Cohort Study. *Journal of Korean medical science*, 37(1), e1. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e1>

29. Yu, X., Mostafijur Rahman, M., Carter, S. A., Lin, J.C., Zhuang, Z., Chow, T., Lurmann, F.W., Kleeman, M.J., Martinez, M.P., van Donkelaar, A., Martin, R.V., Eckel, S.P., Chen, Z., Levitt, P., Schwartz, J., Hackman, D., Chen, J.C., McConnell, R., & Xiang, A.H. (2023). Prenatal air pollution, maternal immune activation, and autism spectrum disorder. *Environment international*, 179, 108148. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2023.108148>

30. Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M.S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

31. Zahra, A., Wang, Y., Wang, Q., & Wu, J. (2022). Shared Etiology in Autism Spectrum Disorder and Epilepsy with Functional Disability. *Behavioural neurology*, 2022, 5893519. <https://doi.org/10.1155/2022/5893519>

R.K. Aitzhanova¹, A.E. Rollanova²

THEORETICAL REVIEW OF LITERATURE ON THE ETIOLOGY OF AUTISM

¹Smagul Kaishibayev Institute of Neurology and Neurorehabilitation (Almaty, Kazakhstan), ²University of California (Davis, USA).

Summary. This review examines various biological, genetic, and environmental factors, as well as potential mechanisms through which these factors interact and lead to the manifestation of autism symptoms. This includes the study of genetic mutations, prenatal and perinatal influences, and the role of gut microbiota in neurodevelopment. Despite significant advancements and breakthroughs in research, the exact causes of autism remain unclear to date. Understanding the causes of autism is crucial for the development of effective interventions and support systems for children with autism.

Keywords: causes of autism, causes of ASD, autism etiology, ASD etiology, genetic factors and autism, genetic factors and ASD, environment and autism, environment and ASD.

В.М. Ганузин, А.С. Фаттахова

**АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
ПО ВИКТИМИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ**

Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).

Резюме. Виктимизация школьников широко распространена в учебных заведениях различных стран. Авторы в статье дают обзор современной отечественной и зарубежной литературы по виктимизации детей и подростков в условиях образовательных учреждений. В обзоре показана роль буллинга, в том числе и кибербуллинга, в формировании виктимизации у детей в различные возрастные периоды. Установлена взаимосвязь между виктимизацией со стороны сверстников и детским одиночеством, агрессией, дефицитом социальных навыков и импульсивностью.

Ключевые слова: виктимизация, психологическое, физическое и сексуальное насилие, дети и подростки.

Введение. Виктимизация школьников как социальная и психологическая проблема остается до сих пор мало изученной. Многие авторы указывают на то, что влияния психотравмирующих факторов образовательной среды, оказывающих негативное воздействие на состояние психического и физического здоровья как школьников, так и учителей, и является актуальной для многих школ в различных странах мира [4, 9, 10, 11, 16, 24, 34, 35, 45, 50]. В изученной нами литературе имеются данные о взаимосвязи между фактами «детской психологической травмы» и последующей виктимизации, подверженности буллингу и высоких суицидальных рисках у лиц, получивших подобный опыт в прошлом [12, 14, 15, 26, 42, 46, 49].

Виктимизация (лат. *victima* – жертва) – процесс или конечный результат превращения в жертву преступного посягательства лица или группы лиц. Это процесс функционального воздействия насильственных отношений на ребенка, в результате чего ребенок превращается в жертву насилия, т. е. приобретает виктимные физические, психологические и социальные черты и признаки. Обычно виктимизацию определяют как действия, предпринятые одним человеком или несколькими людьми с намерением воздействовать, дискриминировать, нанести физический ущерб или причинить психологическую боль другому человеку [13, 30, 32, 39].

А.А. Реан, А.В. Ставцев в своем исследовании показали, что подростки из неблагополучных семей чаще становятся жертвами насилия как в школе, так и за ее пределами. Они провели исследование среди 200 подростков из различных социальных групп, включая неблагополучные семьи. Анализ полученных данных показал, что 45% подростков из неблагополучных семей имели тенденцию становиться жертвами физического или эмоционального насилия. Авторы считают, что у таких подростков, по сравнению с подростками из благополучных семей, на 40% выше риск быть вовлеченными в криминальные или антисоциальные действия.

В другом исследовании, проведенном ими же, участвовали 120 подростков,

у которых были выявлены агрессивные поведенческие стратегии. Основными причинами агрессивного поведения, как выяснили авторы, являются семейные проблемы, такие как конфликты или насилие в семье. Более 70% подростков, проявивших агрессию, одновременно показывали высокий уровень виктимности [27, 28]. На основе анализа 150 случаев преступлений против несовершеннолетних А.В. Будякова показала, что в 60% случаев дети становятся жертвами преступлений в результате семейного насилия [8].

В исследовании Е. Чое et al. участвовали 290 студентов, которые подвергались издевательствам. Авторы выявили связь, в которой самооценка опосредует связь между прошлой виктимизацией, самопрощением и симптомами депрессии в более позднем возрасте [42].

L.C. Butler et al. в своей работе показали связь виктимизации с пьянством и употреблением наркотиков учащихся колледжа. Авторы считают, что при повторной виктимизации, связанной с наркотиками и алкоголем, увеличилось количество дней, когда они пили запоем [38].

Рассматривая развитие виктимных черт личности с точки зрения онтогенеза, О.О. Андронникова при опросе 200 подростков получила следующие данные: 55% подростков имели склонность к виктимному поведению в зависимости от социальных и семейных факторов. Было установлено, что подростки из неблагополучных семей имеют на 30% больше вероятности стать жертвами виктимизации [2].

G. D'Urso & J. Symonds, используя моделирование структурных уравнений, обнаружили, что проблемы экстернализации предсказывали проблемы интернализации с течением времени для обоих полов. Однако проблемы интернализации предсказывали проблемы экстернализации последовательно с течением времени для девочек, но не для мальчиков. Кроме того, проблемы интернализации и экстернализации у девочек были гораздо сильнее предсказаны социально-экономическим статусом, чем проблемы мальчиков, что предполагает большую чувствительность к контексту для девочек. Издевательства в среднем детстве были предсказаны когнитивными способностями для обоих полов и внешними проблемами для мальчиков. Для сравнения, виктимизация была предсказана внешними и внутренними проблемами для обоих полов [43].

К. Kelmendi et al. изучали распространенность виктимизации учащихся и ее связь с индивидуальными, семейными и школьными коррелятами, фокусируясь на репрезентативной выборке среди 12 040 учащихся. Из них 77% учащихся сообщили, что стали жертвами по крайней мере одного типа вредоносного акта насилия за последний месяц. Наиболее распространенными актами были ругательства, или словесная виктимизация (61%), за которыми следовали толчки и хватания (45%), при этом угроза оружием была относительно редкой (2,2%) [46].

В исследовании Е. Ньюковой были проанкетированы 250 подростков, среди которых 55% продемонстрировали признаки виктимизации. Основными причинами данного феномена являлись недостаток родительского внимания, школьные конфликты и социальная изоляция. Более 30% подростков с высоким уровнем виктимности сообщили о буллинге в школьной среде [25, 26].

А. Kurpiel в своей работе сравнил последствия предвзятой и непредвзятой

виктимизации Он использовал общенациональные репрезентативные данные США (N=241) для изучения предполагаемых негативных последствий предвзятой и непредвзятой виктимизации для физического здоровья жертв, самооценки, социальных отношений и школьной успеваемости. По сравнению с непредвзятой виктимизацией предвзятая виктимизация была связана с более высокими шансами испытать все четыре предполагаемых типа воздействия. Шансы предполагаемых воздействий увеличивались по мере увеличения числа типов предвзятости, вовлеченных в виктимизацию. Автор считает, что администрации школ должны уделять больше внимания предвзятой виктимизации как компоненту своих инициатив по профилактике насилия и борьбе с издевательствами [47].

Г.Ф. Биктагирова и соавт. проанализировали механизмы виктимизации, затрагивая как социальные, так и психологические аспекты. В результате установлено, что виктимизация среди подростков возрастает на 15% ежегодно. Подростки, вовлеченные в виктимное поведение, в 2 раза чаще сталкиваются с негативными социальными последствиями, такими как изоляция или дискриминация в школе [5].

В исследованиях В. Oldenburg, М. Van Duijn, М. Sentse et al. была показана связь между характеристиками учителя и виктимизацией (превращением в жертву) учеников в начальных классах школы. Были проанкетированы 3385 учащихся начальной школы и 139 их учителей с использованием регрессионного анализа Пуассона для объяснения степени виктимизации школьников в классе. Анализ результатов исследования показал более высокий уровень виктимизации в классах у учителей, которые считали, что запугивание школьников сверстниками не зависело от их вмешательства [52].

Т.Г. Гришина проанализировала взаимосвязь между школьным буллингом и насилием в семье. В результате было выявлено, что из 250 опрошенных подростков 45% респондентов, подвергшихся буллингу в школе, сообщили о регулярных конфликтах в семье. Из этих подростков 30% проявляли признаки повышенной виктимности и были склонны к самоизоляции. Из чего был сделан вывод, что буллинг и виктимизация тесно связаны с внутрисемейными отношениями [17].

П.В. Кабанов в своей работе рассматривает виктимизацию несовершеннолетних с акцентом на возрастные различия и структурные особенности. В исследовании приняли участие 200 детей и подростков в возрасте от 10 до 18 лет. При этом 75% случаев виктимизации происходили в группе подростков 15-18 лет, что связано с их большей уязвимостью в социальных ситуациях. Автором проведен статистический анализ случаев криминальной смертности среди несовершеннолетних за 2015-2020 гг. Около 30% смертельных случаев было связано с насилием, 50% - с несчастными случаями. Наиболее уязвимыми были подростки 15-17 летнего возраста [20,21].

Г.А. Vergara et al. изучали несуицидальные самоповреждения и самоубийства у подростков с депрессией в результате влияния издевательств и травли со стороны сверстников. Подростки сообщили о высоком уровне виктимизации со стороны сверстников и совершении издевательств. Авторы делают вывод о том, что преследование со стороны сверстников и совершение буллинга отличают подростков, инициирующих самоубийство, от подростков, пытающихся его со-

вершить, что подчеркивает необходимость решения проблемы буллинга в дополнение к преследованию со стороны сверстников при проведении суицидальных вмешательств [55].

Е.А. Waterman et al. также получили данные о влиянии виктимизации со стороны сверстников на суицидальность и депрессивное настроение у подростков. Было выявлено влияние кумулятивной виктимизации со стороны сверстников как на подавленное настроение, так и на суицидальность [56].

М.В. Климчук рассматривает возрастные особенности виктимности несовершеннолетних. По данным автора, дети в возрасте от 8 до 12 лет чаще всего становятся жертвами физического насилия (65% случаев), а подростки от 13 до 17 лет в 70% - жертвами эмоционального насилия [22].

Виктимизация в школе оказывает неблагоприятное воздействие на психическое и физическое здоровье учащихся. В своей работе I. Menrath et al. подчеркивают тесную связь между виктимизацией в школе и низким субъективным факторам здоровья. При анкетировании 39% учеников сообщили авторам, что подвергались издевательствам, а 16% испытали межличностное насилие. Пострадавшие дети сообщали о вдвое большем количестве психосоматических проблем, более низком уровне удовлетворенности жизнью и снижении HRQoL (Health-related Quality of Life) – качества жизни, связанного со здоровьем, с течением времени, по сравнению с детьми без опыта виктимизации. Укрепление самоофективности учеников и благоприятный школьный климат смогли уменьшить последствия виктимизации для здоровья [51].

Р.Н. Алиев, Ф.Х. Байчорова в исследовании проанализировали виктимное поведение потерпевших детей и подростков в контексте социальных факторов. Было проанкетировано 150 подростков, из которых 55% показали признаки виктимности, такие как пассивность и отсутствие сопротивления агрессорам. Виктимное поведение чаще проявлялось у подростков с низкой самооценкой и эмоциональной нестабильностью [1].

Участниками опроса J.C. Steggerda et al. были 677 учеников четвертого класса (51,8% девочек) из 10 государственных начальных школ. Авторы обнаружили доказательства того, что постоянная виктимизация со стороны сверстников функционирует как промежуточная переменная между тревожной чувствительностью и постоянным статусом виктимизации [54].

В.А. Семенов проанализировал особенности виктимизации 120 подростков в контексте насильственных преступлений. Анализ полученных данных показал, что 45% подростков подвергались физическому или эмоциональному насилию со стороны сверстников. А 30% из них демонстрировали повышенный уровень виктимного поведения, что усугубляло их уязвимость [31].

Исследование проведенное М.В. Баранчиковой, посвященное влиянию на виктимизацию несовершеннолетних в случаях дорожно-транспортных происшествий, показало, что 40% жертв - это подростки, которые сами становились виновниками аварий по неосторожности [3].

Е. Ньюковой, Е.Г. Дозорцевой, Н.Ц. Бадмаевой, С.О. Чиб были проведены исследование виктимности среди 100 детей и подростков, ставших жертвами

сексуального насилия. Авторами были выделены основные психологические последствия, такие как снижение доверия к окружающим и агрессивные поведенческие реакции. 65% участников исследования показали повышенный уровень виктимности. 30% опрошенных сообщили о частых проблемах с доверием и социализацией после перенесенной травмы [26].

Участие во внеклассных мероприятиях школьников связано с положительными показателями развития и благополучия. Однако участие в некоторых мероприятиях может подвергать подростков риску виктимизации со стороны сверстников с учетом гендерных факторов. Анализ результатов исследования, проведенного С. Berger et al., показал, что для мальчиков нарушение школьных социальных норм связано с переживанием виктимизации, тогда как для девочек нарушение гендерных норм увеличивает вероятность подвергнуться виктимизации [22].

Масштабное лонгитюдное исследование школьных факторов как посредников между депрессией, родительским контролем и виктимизацией со стороны сверстников в средних школах провели С. Wu, R.A. Astor & R. Benbenishty. Текущее исследование изучало, как личные (депрессия) и семейные (родительский контроль) факторы влияют на виктимизацию со стороны сверстников в средней школе через школьные факторы (успеваемость, рискованное влияние сверстников и принадлежность к школе). Результаты моделирования структурных уравнений показали, что родительский контроль не предсказывал виктимизацию со стороны сверстников. Депрессия была напрямую связана с виктимизацией со стороны сверстников и косвенно влияла на виктимизацию со стороны сверстников через успеваемость, рискованное влияние сверстников [58].

В статье Борисенко Е.В. представлен детальный анализ виктимизации несовершеннолетних в контексте ювенальной юридической психологии с акцентом на сексуальное насилие. В выборке из 100 жертв сексуального насилия 72% составляли девочки. Около 56% респондентов демонстрировали симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), а 80% случаев сексуальной виктимизации не были своевременно выявлены или рассмотрены правоохранительными органами [6].

В своей работе С.В. Дроздов анализирует правовые аспекты виктимизации детей и подростков в России. Согласно результатам исследования, только 20% несовершеннолетних, подвергшихся сексуальной виктимизации, получают оперативную юридическую и психологическую помощь. Основной проблемой является недостаточная координация между правоохранительными органами, образовательными учреждениями и социальными службами. Примерно 30% дел о сексуальных преступлениях над детьми остаются нерассмотренными из-за бюрократических барьеров [18].

Взаимосвязь кибербуллинга и виктимизации. Кибербуллинг становится все более серьезной проблемой для учащихся средних школ во многих странах мира. Помощь специалистов, которые обучают учителей и родителей позитивному вмешательству, могут снизить или вовсе предотвратить кибербуллинг. Сами учащиеся рассматривали кибербуллинг как важную психологиче-

скую проблему со значительными последствиями, включая суицидальное настроение и суицидальные попытки.

А.А. Бочавер, К.Д. Хломов в своей работе наиболее полно отразили психологические аспекты кибербуллинга, которые связаны со своеобразием виртуальной среды и отличают его от традиционной травли. К этим отличиям относятся анонимность преследователя и его постоянный доступ к возможности преследования, страх лишения доступа к компьютеру у жертвы как мотив сокрытия информации о кибертравле от родителей, бесчисленность и анонимность свидетелей, отсутствие обратной связи в коммуникации преследователь–жертва и феномен растормаживания. Авторы рассматривали основные формы кибербуллинга (флейминг, гриферство, троллинг, клевету, выдачу себя за другого, раскрытие секретов и мошенничество, исключение/остракизм, киберсталкинг и секстинг), для того чтобы показать специфику буллинг-поведения в Интернете [7].

В.П. Шейнов провел исследование посвященное проблемам кибербуллинга среди 300 подростков. В результате 40% из них сообщили о случаях онлайн-агрессии, что привело к значительным психологическим последствиям. Около 20% пострадавших имели признаки депрессии, а 15% демонстрировали суицидальные настроения. Автор считает, что кибербуллинг оказывает мощное негативное влияние на психоэмоциональное состояние подростков, и требуется разработка программ по профилактике и защите детей от онлайн-агрессии [33].

Анализ виктимного поведения подростков в интернет-пространстве был проведен В.А. Рожено и Р.А. Валеевой. В исследовании участвовали 180 подростков, 40% из которых проявили склонность к виктимизации, попадая под негативное воздействие со стороны других пользователей. Также было установлено, что 30% подростков сталкивались с кибербуллингом, что ухудшало их психологическое состояние [29].

В.А. Жмуров в своей работе исследовал виктимизацию несовершеннолетних в зависимости от преступлений, связанных с киберпространством. Были проанализированы данные о 150 несовершеннолетних жертвах, из которых 45% подверглись кибербуллингу. Около 30% подростков сообщили о негативных изменениях в психоэмоциональном состоянии [19].

В своем исследовании V. Sheanoda & K. Bussey продемонстрировали связь кибербуллинга с плохим психическим здоровьем подростков и ростом доступности их к Интернету. В исследовании приняли участие подростки в возрасте от 11 до 16 лет из независимых школ в крупного города. Высокий уровень кибербуллинга был связан с высоким уровнем депрессии. Кроме того, более низкая совладающая самооэффективность была связана с более глубокой депрессией. В соответствии с исследованиями, включающими очную виктимизацию, было показано, что совладание с самооэффективностью для избегания самообвинения и самооэффективность для проактивного поведения частично опосредовали связь между виктимизацией кибербуллинга и депрессией [53].

Исследование, проведенное Медведевой А.С., посвящено одной из новых форм виктимизации – кибергруммингу, который представляет собой процесс ма-

нипулятивного установления доверительных отношений с ребенком для последующей эксплуатации. Автор провела эмпирическое исследование на выборке из 150 подростков в возрасте 12-16 лет, которые подвергались кибергруппингу. В 68% случаев подростки были вовлечены в общение с целью злоупотребления доверием, а в 30% случаев происходило негативное влияние на их самооценку и психологическое состояние. А основными психологическими последствиями являлись: снижение самооценки у 47% респондентов, повышение уровня тревожности у 34% и риск развития депрессии у 25% [23].

По данным R. Berkowitz et al., при исследовании школьного насилия в целом упускают из виду насилие, направленное на учителей, несмотря на недавнее растущее признание виктимизации учителей на рабочем месте и обеспокоенность относительно потенциальных издержек этой проблемы во всем мире [37].

A. Wolgast et al., основываясь на теоретической модели компетентности учителей во вмешательстве в травлю, получили информацию о параллельных связях между эмпатией учителей, пониманием насилия и вероятностью вмешательства. В исследовании участвовали 556 учителей, в т. ч. 79,4% из них женщины, которые указали в анкете свою эмпатию, понимание реляционного насилия и вероятность вмешательства в ситуацию реляционной травли. Результаты показали высокие положительные параллельные связи между этими переменными [57].

D.A. Santor при изучении распространенности и влияния притеснений и насилия, с которыми сталкиваются преподаватели начальной школы со стороны учеников, их родителей, коллег и администрации, провела опрос более 1000 преподавателей из государством начальных школ. Анализ результатов показал, что преподаватели сообщали о частых случаях насилия и притеснений, которые влияли на их психическое, физическое здоровье и производительность труда [52].

Ранее нами было проведено анкетирование 112 учителей общеобразовательных школ с различным опытом и стажем работы по выявлению буллинга и виктимизации и проявлений их последствий. Группы подразделялись по возрасту (20-25 лет, 26-30 лет, 31-35 лет, 36-40 лет, 41-50 лет, 51-60 лет, старше 60 лет) и стажу педагогической работы (до 5 лет, 6-10 лет, 11-20 лет, 21-30 лет, больше 30 лет). Выявлены различия проявления случаев насилия в зависимости от стажа работы учителей. В группе со стажем 6-10 лет - 20%, в группе 11-20 лет – уже 50%, а в группе со стажем 21-30 лет – 65 %. В группах учителей со стажем работы от 0 до 5 лет и больше 30 лет мы не выявили фактов насилия. Чувство напряженности на рабочем месте было выявлено во всех исследуемых группах. 40% учителей со стажем 6-10 лет и 20% в группе со стажем 11-20 лет чувствуют себя напряженно и тревожно. Эти состояния в данных группах из-за психического негативного воздействия отмечают 90% учителей. В анкете учителя констатировали оскорбления в их адрес со стороны учащихся, их родителей, коллег и администрации. Эти проблемы возникли в основном у молодых педагогов. В группе со стажем 10-20 лет у учителей в 25% возникали конфликты с родителями.

Выводы.

1. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что виктимизация детей и подростков носит полипрофильный характер.

2. Разработка и внедрение комплексной программы на государственном уровне в учебные заведения по профилактике, методам своевременного разрешения ситуации и реабилитации жертв может способствовать снижению данного феномена и последствий виктимизации у детей и подростков.

3. Результаты проведенного анализа показывают необходимость усиления правовых мер по защите несовершеннолетних в цифровом пространстве и внедрения профилактических программ в школах по кибербезопасности для детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Р.Н., Байчорова Ф.Х. Характеристика виктимного поведения потерпевших // Научный лидер. 2023. Вып. 18 (116). С. 45-56. URL: <https://scilead.ru/article/4393-kharakteristika-viktimnogo-povedeniya-poterpe> (дата обращения: 09.10.2024).

2. Андронникова О.О. Онтогенетическая концепция виктимности личности: Автореф. дис. докт. психол. наук. Томск, 2019. 48 с.

3. Баранчикова М.В. Влияние ситуации на виктимизацию несовершеннолетних жертв дорожно-транспортной неосторожности // Всероссийский криминологический журнал. 2023. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-situatsiina-viktimizatsiyu-nesovershennoletnih-zhertv-dorozhno-transportnoy-neostorozhnosti> (дата обращения: 09.10.2024).

4. Барбина В.Д., Слепухина Г.В. Проблемы буллинга в образовательной среде // Современная наука. 2019. Т. 12. № 2. С. 236-330.

5. Биктагирова Г.Ф., Валеева Р.А., Костюнина Н.Ю., Калацкая Н.Н., Дроздикова-Зарипова А.Р. Феномен понятия «виктимизация» в современных отечественных исследованиях // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2020. № 4. С. 56–67. doi: [10.26907/esd15.1.09](https://doi.org/10.26907/esd15.1.09)

6. Борисенко Е.В. Ювенальная юридическая психология: виктимизация несовершеннолетних // Психология и право. 2021. № 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2021_n2/psylaw_2021_n2_Nuckova_Dozortseva_Vadmaeva_Chib.pdf (дата обращения: 09.10.2024).

7. Бочавер А.А., Хломов К.Д. Кибербуллинг: травля в пространстве современных технологий // Психология. Ж. Высшей школы экономики. 2014. Т. 11. № 3. С. 177–191.

8. Будякова А.В. Виктимологическая профилактика преступлений в отношении несовершеннолетних // Криминологический журнал БГУЭП. 2020. URL: <https://www.dissercat.com/content/viktimologicheskaya-profilaktika-prestuplenii-sovershaemykh-v-otnoshenii-sotrudnikov-organov> (дата обращения: 10.10.2024).

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

10. Ганузин В.М. Анализ психотравмирующих факторов, негативно

влияющих в школьном возрасте: рядовые школьных войн (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021.(21). № 4. С.99-110.

11. Ганузин В.М. Влияние психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте на их жизненную парадигму (обзор) // Практическая медицина. 2021. Т. 19, № 6, С. 26-31. doi: 10.32000/2072-1757-2021-6-26-31

12. Ганузин В.М., Борохов Б.Д. Психотравмирующие факторы в школьном возрасте и их влияние на здоровье: постдидактическое стрессовое расстройство (обзор) // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022. Т. 14. № 1. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 07.10.2024).

13. Ганузин В.М., Ковалева Е.А., Борохов Б.Д. Драма отношений «ученик-учитель» или поиск равновесия // Актуальные проблемы современной психологии образования: Мат-лы международной науч.-практ. конф., посвященной 100-летию со дня рождения И.Ф. Мягкова (18–19 сентября 2023 г.). Воронеж, 2023. С.74-77.

14. Ганузин, В.М., Голубятникова Е.В. Детская инвалидность, профилактика, реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. (17). № 2. (Приложение). С. 55-56. – EDN ZSGUTV.

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

16. Ганузин, В.М., Борохов Б.Д. Постдидактическое стрессовое расстройство у детей и подростков: размышления над проблемой // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. (22). № 3. С. 85-89.

17. Гришина Т.Г. Взаимосвязь буллинга и семейного насилия // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2019. № 28(4). С. 34-45. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41269479> (дата обращения: 09.10.2024).

18. Дроздов С.В. Виктимизация детей и правовая защита // Психология и право. 2019. № 1. URL: <https://psyjournals.ru/journals/psylaw> (дата обращения: 09.10.2024).

19. Жмуров В.А. Виктимизация от преступлений против семьи и несовершеннолетних, совершенных в киберпространстве // Криминологический журнал. 2022. № 2 (16). С. 45–56. URL: <http://publishing-vak.ru/file/archive-law-2024-4/d10-zhmurov.pdf> (дата обращения: 09.10.2024).

20. Кабанов П.А. Виктимность несовершеннолетних и проблемы виктимизации // Виктимология. 2019. Т. 2 (20). С. 67-80. URL: <https://victimolog.ru/index.php/victimo/article/view/73> (дата обращения: 09.10.2024).

21. Кабанов П.А. Виктимологическое измерение криминальной смертности среди несовершеннолетних // Виктимология. 2022. Т. 9, № 1. С. 7–19. doi: 10.47475/2411-0590-2022-10901

22. Климчук М.В. Особенности возрастной виктимности несовершеннолетних // Криминологический журнал. 2023. № 3. С. 45-56. doi: [10.51980/2686-](https://doi.org/10.51980/2686-)

939X-2021-2-34

23. Медведева А.С. Виктимизация несовершеннолетних в процессе кибергрумминга // Психология и право. 2023. № 4. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2023_n4/Medvedeva (дата обращения: 09.10.2024).

24. Милушкина О.Ю., Дубровина Е.А., Григорьева З.А., Козырева Ф.У., Пивоваров Ю.П. Влияние современной образовательной среды на нервно-психическое здоровье детей школьного возраста // Российский вестник гигиены. 2023. № 4. С. 47–56. doi: 10.24075/rbh.2023.085

25. Ньюкова Е. Виктимизация подростков: причины, особенности проявления // Психолого-педагогические исследования. 2021. № 1. URL: <https://psyjournals.ru/nonserialpublications/helpline/contents/40524> (дата обращения: 09.10.2024).

26. Ньюкова Е., Дозорцева Е.Г., Бадмаева Н.Ц., Чиб С.О. Показатели виктимности у несовершеннолетних, потерпевших от сексуального насилия и злоупотребления // Психология и право. 2021. № 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2021_n2/psylaw_2021_n2_Nuckova_Dozortseva_Badmaeva_Chib.pdf (дата обращения: 09.10.2024).

27. Реан А.А., Ставцев А.В. Ролевая виктимность в поведении подростков из социально неблагополучных семей // Психологическая наука и образование. 2021. № 3. URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2012_n3/55575 (дата обращения: 09.10.2024).

28. Реан А.А., Ставцев А.В. Семейные факторы агрессивного поведения детей и подростков // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2021. № 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/vspu_psychology/archive/2021_n2/vspu_psychology_2021_n2_Rean_Stavtsev.pdf (дата обращения: 09.10.2024).

29. Роженко В.А., Валеева Р.А. Актуализация проблемы профилактики виктимного поведения подростков в сети Интернет // Международный журнал экспериментального образования. 2023. № 3. С. 34-39. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=12111> (дата обращения: 09.10.2024).

30. Северный А.А., Иовчук Н.М. К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. Том 4. № 1. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (дата обращения: 07.10.2024).

31. Семенов В.А. Виктимологическая характеристика насильственных преступлений // Виктимология и криминология. 2020. Вып. 340. С. 78-89. URL: <https://moluch.ru/archive/340/76537/> (дата обращения: 09.10.2024).

32. Фурманов И.А., Янчук В.А., Аладьин А.А., Мицкевич Ж.И., Ананенко А.А. Виктимизация детей в школьной среде // Психология. 2010. № 3. С. 22–27.

33. Шейнов В.П. Кибербуллинг: предпосылки и последствия // Психологические исследования. 2021. URL: <https://cyberpsy.ru/articles/kiberbulling-predposylki-posledstviya/> (дата обращения: 09.10.2024).

REFERENCES

1. Aliev R.N., Bajchorova F.Kh. Kharakteristika viktimnogo povedeniya poterpevshikh // Nauchnyj lider. 2023. Вып. 18 (116). С. 45-56. URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2012_n3/55575

<https://scilead.ru/article/4393-kharakteristika-viktimnogo-povedeniya-poterpe> (data obrashheniya: 09.10.2024).

2. Andronnikova O.O. Ontogeneticheskaya koncepcziya viktimnosti lichnosti: Avtoref. dis. dokt. psikhol. nauk. Tomsk, 2019. 48 s.

3. Baranchikova M.V. Vliyanie situaczii na viktimizacziju nesovershennoletnikh zhertv dorozhno-transportnoj neostorozhnosti // Vserossijskij kriminologicheskij zhurnal. 2023. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-situatsii-na-viktimizatsiyu-nesovershennoletnih-zhertv-dorozhno-transportnoj-neostorozhnosti> (data obrashheniya: 09.10.2024).

4. Barbina V.D., Slepukhina G.V. Problemy` bullinga v obrazovatel`noj srede // Sovremennaya nauka. 2019. T. 12. # 2. S. 236-330.

5. Biktagirova G.F., Valeeva R.A., Kostyunina N.Yu., Kalaczkaya N.N., Drozdikova-Zaripova A.R. Fenomen ponyatiya «viktimizaczija» v sovremenny`kh otechestvenny`kh issledovaniyakh // Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby` narodov. Seriya: Psikhologiya i pedagogika. 2020. # 4. S. 56–67. doi: 10.26907/esd15.1.09

6. Borisenko E.V. Yuvenal`naya yuridicheskaya psikhologiya: viktimizaczija nesovershennoletnikh // Psikhologiya i pravo. 2021. # 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2021_n2/psylaw_2021_n2_Nuckova_D_ozortseva_Badmaeva_Chib.pdf (data obrashheniya: 09.10.2024).

7. Bochaver A.A., Khlomov K.D. Kiberbulling: travlya v prostranstve sovremenny`kh tekhnologij // Psikhologiya. Zh. Vy`sshej shkoly` e`konomiki. 2014. T. 11. # 3. S. 177–191.

8. Budyakova A.V. Viktimologicheskaya profilaktika prestuplenij v otnoshenii nesovershennoletnikh // Kriminologicheskij zhurnal BGUE`P. 2020. URL: <https://www.dissercat.com/content/viktimologicheskaya-profilaktika-prestuplenii-sovershaemykh-v-otnoshenii-sotrudnikov-organov> (data obrashheniya: 10.10.2024).

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

10. Ganuzin V.M. Analiz psihotravmiruyushhikh faktorov, negativno vliyayushhikh v shkol`nom vozraste: ryadovy`e shkol`ny`kh vojn (obzor literatury`) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2021.(21). # 4. S.99-110.

11. Ganuzin V.M. Vliyanie psihotravmiruyushhikh faktorov v detskom i podrostkovom vozraste na ikh zhiznennuyu paradigmu (obzor) // Prakticheskaya mediczina. 2021. T. 19, # 6, S. 26-31. doi: 10.32000/2072-1757-2021-6-26-31

12. Ganuzin V.M., Borokhov B.D. Psihotravmiruyushhie faktory` v shkol`nom vozraste i ikh vliyanie na zdorov`e: postdidakticheskoe stressovoe rasstrojstvo (obzor) // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii: setevoj nauch. zhurn. 2022. T. 14. # 1. – URL: <http://mprj.ru> (data obrashheniya: 07.10.2024).

13. Ganuzin V.M., Kovaleva E.A., Borokhov B.D. Drama otnoshenij «uchenik-uchitel`» ili poisk ravnovesiya // Aktual`ny`e problemy` sovremennoj psikhologii obrazovaniya: Mat-ly` mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf., posvyashhennoj 100-letiyu so dnya rozhdeniya I.F. Myagkova (18–19 sentyabrya 2023 g.). Voronezh, 2023. S.74-77.

14. Ganuzin, V.M., Golubyatnikova E.V. Detskaya invalidnost`, profilaktika,

reabilitacziya i abilitacziya detej s ogranichenny`mi vozmozhnostyami // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2017. (17). # 2. (Prilozhenie). S. 55-56. – EDN ZSGUTV.

15. Ganuzin, V.M., Romany`cheva E.N., Kurchina E.G. Deyatel`nost` otdeleniya mediko-soczial`noj pomoshhi polikliniki v profilaktike i reabilitaczii detej i podrostkov iz semej, nakhodyashhikhsya v trudnoj zhiznenoj situaczii // Voprosy` shkol`noj i universitetskoy medicziny` i zdorov`ya. 2016. # 2. S. 36-38. – EDN WIBQQL

16. Ganuzin, V.M., Borokhov B.D. Postdidakticheskoe stressovoe rasstrojstvo u detej i podrostkov: razmy`shleniya nad problemoj // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022. (22). # 3. S. 85-89.

17. Grishina T.G. Vzaimosvyaz` bullinga i semejnogo nasiliya // Nauchny`e vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Gumanitarny`e nauki. 2019. # 28(4). S. 34-45. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41269479> (data obrashheniya: 09.10.2024).

18. Drozdov S.V. Viktimizacziya detej i pravovaya zashhita // Psikhologiya i pravo. 2019. # 1. URL: <https://psyjournals.ru/journals/psylaw> (data obrashheniya: 09.10.2024).

19. Zhmurov V.A. Viktimizacziya ot prestuplenij protiv sem`i i nesovershennoletnikh, sovershenny`kh v kiberprostranstve // Kriminologicheskij zhurnal. 2022. # 2 (16). S. 45–56. URL: <http://publishing-vak.ru/file/archive-law-2024-4/d10-zhmurov.pdf> (data obrashheniya: 09.10.2024).

20. Kabanov P.A. Viktimnost` nesovershennoletnikh i problemy` viktimizaczii // Viktimologiya. 2019. T. 2 (20). S. 67-80. URL: <https://victimolog.ru/index.php/victimo/article/view/73> (data obrashheniya: 09.10.2024).

21. Kabanov P.A. Viktimologicheskoe izmerenie kriminal`noj smertnosti sredi nesovershennoletnikh // Viktimologiya. 2022. T. 9, # 1. S. 7–19. doi: 10.47475/2411-0590-2022-10901

22. Klimchuk M.V. Osobennosti vozrastnoj viktimnosti nesovershennoletnikh // Kriminologicheskij zhurnal. 2023. # 3. S. 45-56. doi: 10.51980/2686-939X-2021-2-34

23. Medvedeva A.S. Viktimizacziya nesovershennoletnikh v processe kibergruminga // Psikhologiya i pravo. 2023. # 4. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2023_n4/Medvedeva (data obrashheniya: 09.10.2024).

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

25. Nyukova E. Viktimizacziya podrostkov: prichiny`, osobennosti proyavleniya // Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya. 2021. # 1. URL: <https://psyjournals.ru/nonserialpublications/helpline/contents/40524> (data obrashheniya: 09.10.2024).

26. Nyukova E., Dozorczeva E.G., Badmaeva N.Cz., Chib S.O. Pokazateli viktimnosti u nesovershennoletnikh, poterpevshikh ot seksual`nogo nasiliya i zloupotrebleniya // Psikhologiya i pravo. 2021. # 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2021_n2/psylaw_2021_n2_Nuckova_D

ozortseva_Badmaeva_Chib.pdf (data obrashheniya: 09.10.2024).

27. Rean A.A., Stavtzev A.V. Rolevaya viktimnost` v povedenii podrostkov iz sotsial`no neblagopoluchny`kh semej // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2021. # 3. URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2012_n3/55575 (data obrashheniya: 09.10.2024).

28. Rean A.A., Stavtzev A.V. Semejny`e faktory` agressivnogo povedeniya detej i podrostkov // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya. 2021. # 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/vspu_psychology/archive/2021_n2/vspu_psychology_2021_n2_Rean_Stavtsev.pdf (data obrashheniya: 09.10.2024).

29. Rozhenko V.A., Valeeva R.A. Aktualizatsiya problemy` profilaktiki viktimnogo povedeniya podrostkov v seti Internet // Mezhdunarodny`j zhurnal e`ksperimental`nogo obrazovaniya. 2023. # 3. S. 34-39. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=12111> (data obrashheniya: 09.10.2024).

30. Severny`j A.A., Iovchuk N.M. K voprosu o didaktogenny`kh depressiyakh u mladshikh shkol`nikov [E`lektronny`j resurs] // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2012. Tom 4. # 1. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (data obrashheniya: 07.10.2024).

31. Semenov V.A. Viktimologicheskaya kharakteristika nasil`stvenny`kh prestuplenij // Viktimologiya i kriminologiya. 2020. Vy`p. 340. S. 78-89. URL: <https://moluch.ru/archive/340/76537/> (data obrashheniya: 09.10.2024).

32. Furmanov I.A., Yanchuk V.A., Alad`in A.A., Miczkevich Zh.I., Ananenko A.A. Viktimizatsiya detej v shkol`noj srede // Psikhologiya. 2010. # 3. S. 22–27.

33. Shejnov V.P. Kiberbullying: predposylki i posledstviya // Psikhologicheskie issledovaniya. 2021. URL: <https://cyberpsy.ru/articles/kiberbullying-predposylki-posledstviya/> (data obrashheniya: 09.10.2024).

34. Ahi Evran. Sınıfta İstenmeyen Öğrenci Davranışlarıyla İlgili Sınıf Öğretmenlerinin Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD). Cilt 14, Sayı 1, Nisan 2013, Sayfa 255-269.

35. Benbenishty, R., Astor, R. A., Shemesh, M., Avital, D., Raz, T., & Roziner, I. (2024). A 12-Year Population-Based Analysis of Victimization and Climate Trends in Israeli Arab and Jewish Elementary Schools. *Journal of School Violence*, 1–26. <https://doi.org/10.1080/15388220.2024.2385905>

36. Berger, C., Brotfeld, C., & Espelage, D. L. (2021). Extracurricular activities and peer relational victimization: Role of gender and school social norms. *Journal of School Violence*, 20 (4), 611–626. <https://doi.org/10.1080/15388220.2022.2026226>

37. Berkowitz, R., Bar-on, N., Tzafirir, S., & Enosh, G. (2022). Teachers' Safety and Workplace Victimization: A Socioecological Analysis of Teachers' Perspective. *Journal of School Violence*, 21 (4), 397–412. <https://doi.org/10.1080/15388220.2022.2105857>

38. Butler L.C. et al. Binge Drinking and Drugging Victimization over Time in Three College Freshman Cohorts. *Journal of School Violence*, 20 (1), 45–61. <https://doi.org/10.1080/15388220.2020.1830787>

39. Boehme, H. M., Burrow, J. D., & Jung, S. (2024). An Exploratory Analysis Examining the Relationship Between Protective and Risk Factors of Bullying and Hate Crime Victimization Within Schools. *Journal of School Violence*, 23 (3), 348–362. <https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2299974>

40. Campbell-Sills L., Stein M.B., Kessler R.C., Rosellini A.J., Sampson N.A., Ursano R.J., Afifi T.O., Colpe L.J., Schoenbaum M., Heeringa S.G., Nock M.K., Sareen J., Sun X., Jain S. Associations of childhood bullying victimization with lifetime suicidal behaviors among new U.S. Army soldiers. *Depression and Anxiety*. 2017. Vol. 34. № 8. C. 701-710. <https://doi.org/10.1002/da.22621>.
41. Choe, E., Srisarajivakul, E., & Davis, D. E. (2021). Protecting Victims of Bullying: The Protective Roles Self-Esteem and Self-Forgiveness Play between past Victimization and Current Depressive Symptoms. *Journal of School Violence*, 20 (4), 417–429. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1930015>
42. D'Urso, G., & Symonds, J. (2022). Developmental Cascades of Internalizing and Externalizing Problems from Infancy to Middle Childhood: Longitudinal Associations with Bullying and Victimization. *Journal of School Violence*, 21 (3), 294–311. <https://doi.org/10.1080/15388220.2022.2081856>
43. Fatma Sadik. Children and Discipline: Investigating Secondary School Students' Perception of Discipline through Metaphors. 2018. Vol. 7 Issue 1 (January 2018), Pp. 31-44. <https://doi.org/10.12973/eu-jer.7.1.31>.
44. Jeremy G. Stewart, Linda Valeri, Erika C., Esposito & Randy P. Auerbach. Peer Victimization and Suicidal Thoughts and Behaviors in Depressed Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2018. Vol. 46. Pp. 581–596.
45. Kelmendi, K., Arënliu, A., Benbenishty, R., Astor, R. A., Hyseni Duraku, Z., & Konjufca, J. (2023). An Exploratory Study of Secondary School Student Victimization in Kosovo and Its Correlates. *Journal of School Violence*, 22 (4), 459–473. <https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2214736>
46. Kurpiel, A. (2023). Biased and Nonbiased Victimization at School: Perceived Impacts Among Victimized Youth in a National Sample. *Journal of School Violence*, 23 (1), 82–97. <https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2272133>
47. Lee J.M., Hong J.S., Resko S.M., Gonzalez-Prendes A.A., Voisin D.R. Pathways from bullying victimization to suicidal thoughts among urban african american adolescents: implications for nurse practitioners. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.* 2021. <https://doi.org/10.1111/jcap.12321>
48. Matusov E., Sullivan P. Pedagogical violence. *Integrative Psychological and Behavioral Science*. 2020. Vol. 54. № 2. Pp. 438-464. <https://doi.org/10.1007/s12124-019-09512-4>
49. Menrath I., Prüssmann M., Müller-Godeffroy E., Prüssmann C., Ravens-Sieberer U., Ottova-Jordan V., Thyen U. Subjective health, school victimization, and protective factors in a high-risk school sample // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*. Jun, 2015. Vol. 36 (5). Pp. 305–312. doi: 10.1097/DBP.000000000000168
50. Oldenburg B., Van Duijn M., Sentse M., Huitsing G., Van der Ploeg R., Salmivalli C., Veenstra R. (2015) Teacher Characteristics and Peer Victimization in Elementary Schools: A Classroom-Level Perspective // *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol. 43. Iss. 1. Pp. 33-44.
51. Santor, D. A., Bruckert, C., & McBride, K. (2021). Prevalence and Impact of Harassment and Violence against Educators in Canada. *Journal of School Violence*,

20 (3), 261–273. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1879097>

52. Sheanoda, V., & Bussey, K. (2021). Victims of Cyberbullying: An Examination of Social Cognitive Processes Associated with Cyberbullying Victimization. *Journal of School Violence*, 20 (4), 567–580. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.198493>

53. Steggerda, J. C., Kiefer, J. L., Vengurlekar, I. N., Blake, J., Hernandez Rodriguez, J., Pastrana Rivera, F. A., & Cavell, T. A. (2023). Anxiety Sensitivity and Internalizing Symptoms: Co-Predictors of Persistent Peer Victimization in Elementary School Children. *Journal of School Violence*, 22 (2), 153–166. <https://doi.org/10.1080/15388220.2022.2162532>

54. Vergara G.A., Stewart J.G., Cosby E.A., Lincoln S.H., Auerbach R.P. Non-suicidal self-injury and suicide in depressed adolescents: impact of peer victimization and bullying. *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 245. Pp. 744–749. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.084>

55. Waterman, E. A., Mitchell, K. J., Edwards, K. M., & Banyard, V. L. (2024). Impact of Peer Victimization on Adolescent Suicidality and Depressed Mood: Moderating Role of Protective Factors. *Journal of School Violence*, 23 (4), 419–432. <https://doi.org/10.1080/15388220.2024.2309569>

56. Wolgast, A., Fischer, S. M., & Bilz, L. (2022). Teachers' Empathy for Bullying Victims, Understanding of Violence, and Likelihood of Intervention. *Journal of School Violence*, 21 (4), 491–503. <https://doi.org/10.1080/15388220.2022.2114488>

57. Wu, C., Astor, R. A., & Benbenishty, R. (2023). A Large-Scale Longitudinal Study of School Factors as Mediators from Depression and Parental Monitoring to Peer Victimization in Mainland Chinese Middle Schools. *Journal of School Violence*, 23 (1), 13–29. <https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2261365>

V.M. Ganuzin, A.S. Fattakhova

**ANALYSIS OF MODERN SCIENTIFIC LITERATURE
ON VICTIMIZATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS
IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT**

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. Victimization of schoolchildren is widespread in educational institutions in various countries of the world. The authors of the article provide an overview of modern domestic and foreign literature on the victimization of children and adolescents in educational institutions. The review shows the role of bullying, including cyberbullying, in the formation of victimization in children at different age periods. A relationship is established between victimization by peers and children's loneliness, aggression, lack of social skills and impulsivity.

Keywords: victimization, psychological, physical and sexual violence, children and adolescents.

Т.Д. Шевеленкова, М.М. Сальникова
**МЕТОДИКА «ИСТОРИЯ МОЕГО ТЕЛА» КАК КАЧЕСТВЕННОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ТЕЛУ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ
(ЧАСТЬ 1)**

ФГАОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет» (РГГУ, Москва).

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

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

Введение. Работа нацелена на теоретическое обоснование и описание особенностей применения методики «История моего тела» в качественном эмпирическом исследовании неосознаваемых аспектов отношения к собственному телу девушек-подростков, страдающих нервной анорексией (НА). Актуальность исследования такого рода определяется целым рядом причин.

Во-первых, нарушение отношения к собственному телу при НА занимает центральное место в расстройстве [5].

Во-вторых, эмпирические исследования различных аспектов телесности у данных пациенток направлены в основном на визуальное восприятие тела, на изменение телесных ощущений и самоощущений [33], а также на особенности эмоционального отношения к телу, а не на полный спектр нарушений [27]. В то же время S.C. Mölbert et al [34] доказали, что при нервной анорексии НА решающую роль в искажении отношения к телу играет не визуальная оценка его размеров, а *установки, с ним связанные* (недостаточный вес считается желательным и привлекательным). Однако до сих пор не существует полноценных эмпирических исследований данных установок.

В-третьих, считается, что при НА расстройство образа тела связано с ориентацией на преобладающие модели стройности [16], с конфликтом между реальным и желаемым телом.

Но теоретические исследования свидетельствуют, что *действительный конфликт* при НА состоит в *фундаментальном отчуждении себя от тела* [22] и требует для понимания введения понятий «живущее тело» (тело как субъект) и физическое тело (тело как объект). В подростковом возрасте половое созревание усиливает конфликтный характер человеческого воплощения: феминизация, быстрый рост тела и изменения во внешнем виде сопровождаются новыми витальными ощущениями, влечениями и желаниями, ярко проявляющейся сексуальностью; «живущее тело» обретает собственную жизнь и становится «телом для других», объектом оценки и сравнения. Эти изменения означают экзи-

стенциальный переход, уход из детства. Подростку нужно найти себя в мире как бы заново: возникает вопрос о собственной идентичности, но, как правило, эти изменения плохо понимаются им самим.

В-четвертых, неосознаваемые конфликты подросткового возраста имеют решающее значение для патогенеза анорексии [22], начинающегося с неудовлетворенности своим собственным телом и применением диет, с потери веса, порождающей переживание успеха, подкрепляющегося вниманием и признанием окружающих. «Объективация» переживаний собственного тела и связанное с ней отчуждение способствуют усилению значимости «чужих взглядов» и усвоению навязанных культурой идеалов худобы и являются *главным триггером развития НА*. Затем взгляд других становится *собственным взглядом* больной НА.

Радикализацию голодания (вплоть до смерти) нельзя объяснить простым стремлением к идеалу стройности и красоты [22], который всего лишь ширма для отказа от феминизации, желания остановить процесс взросления и предотвращения потери «асексуального» детства. Из-за проблемных отношений с родителями [28, 32] больные анорексией не находят в ближайшем окружении женской модели для подражания, дающей их развитию цель и делающей будущее привлекательным. Борьба с пищей является борьбой за автономию и идентичность [25, 37, 38]. Желание похудеть превращается в принуждение; больные «заиклены» на теме еды и веса, теряя интерес практически ко всему остальному в жизни [18]. При этом тело постоянно находится в центре, но уже как тело-объект.

Далее тело, отраженное другими, и тело, ощущаемое и переживаемое самой пациенткой, все больше отдаляются друг от друга [35, 36]; владение телом ослабляется [31]. Больные больше не чувствуют себя комфортно в своем теле, переживают свое голодание как «самоанестезию» [29], оцепенение, освобождающее от негативных переживаний [24], как уход в защитную «оболочку» [19]. Тело становится искаженным объектом, громоздким и массивным [21, 23], «овеществляется», «мешает», а не опосредует отношение человека к миру. Оно – орудие самодисциплины, но и враг, с ним нужно бороться и контролировать. Питание по сути – чужеродное вторжение, нарушающее физические границы больной, разрушающее ее автономию, а отвращение – аффект «изгнания», направленный на пищу как на инородное тело. Голодание и рвота – эквивалент разделения с окружающей средой и очищения: посредством своего тела пациентки с анорексией борются за свою автономию. Результат борьбы – отрицание материальности тела, стремление к «развоплощению», выражающемуся в предельной фантазии парения в воздухе [22]. Идеал – нефизическое, бесполое, ангельское тело (Эллен Уэст в описании Л. Бинсвангера [1]). Самодостаточность, независимость от пищи и от тела, сочетается с чувством морального превосходства, становится источником «саморазрушающего всемогущества» [20].

Больные НА загоняют себя в неразрешимое противоречие между зависимостью и независимостью, открытостью и самодостаточностью [22]. Возникает амбивалентность тела; оно становится ареной, на которой разыгрываются конфликты. Анорексическое тело богато скрытым смыслом: оно сигнализирует о стремлении к самоуважению, автономии и разграничению, но в то же время о столь же сильном стремлении к признанию, защите и любви, таким образом оно сообщает то, что пациент не может сообщить иначе, не через тело. Однако в настоящее время нет эмпирических методов, нацеленных на «расшифровку» дан-

ных сообщений.

В-пятых, существующие методы эмпирических исследований отношения к собственному телу при НА, как правило, «не ухватывают» описанных выше противоречий и сводятся к исследованию частных вопросов восприятия собственной внешности и удовлетворенности/неудовлетворенности ею, то есть изучаемое отношение к телу характеризуется «одномерностью» [2, 4, 9, 10, 12, 17, 27, 30, 34].

В последние годы появилось понимание отношения к собственному телу как многомерного конструкта [13, 14, 26]. Применение опросной методики, нацеленной на изучение многогранности «отношения к своему телу» [14], показало, что у девушек-подростков, страдающих НА, отношение к своему телу характеризуется прежде всего *неспособностью отождествлять себя со своим телом* (что не является синонимом «неудовлетворенности» им) [15].

Сложность «устройства» многомерного конструкта «отношение к своему телу» заключается в том, что существуют такие аспекты данного отношения, которые осознаются крайне плохо, но наиболее полно раскрывают суть того, что человек сообщает через тело (особенно при НА) и что он не может сообщить иначе. Для их изучения применяются качественные методы, но в настоящее время их явно недостаточно, и они характеризуются методической бедностью и фрагментарностью. Как пример таких качественных исследований приведем работу Е.Б. Станковской [13], в которой использовались материалы клинического интервью. Аспекты отношения к своему телу женщин были сгруппированы в четыре интегральные характеристики отношения женщины к себе в аспекте телесности: меру выраженности отчужденного, вторая – контролирующего, третья – бережного, четвертая – развивающего отношения к собственной телесной сфере. Качественный анализ данных показал, что существует диапазон проявлений данного отношения: от более «механического» взаимодействия со своим телом до тонкого и многогранного [13]. Однако возникает вопрос о применимости критериев оценки отношения к собственному телу, выделенных Е.Б. Станковской для изучения его у девушек подросткового возраста (то есть в период его активного становления), особенно у страдающих НА, поскольку оно проведено на выборке взрослых женщин без выраженной соматической или психической патологии в возрасте от 21 до 56 лет. Можно предположить, что при применении его принципов к изучению НА результаты будут свидетельствовать лишь о негативном, деструктивном отношении, характеризующемся механическим взаимодействием телесного и духовного Я, что не будет в полной мере отражать специфику неосознаваемых компонентов отношения к собственному телу у страдающих НА.

Определение специфики неосознаваемых компонентов отношения к собственному телу именно девушек-подростков, страдающих НА, требует опоры на теоретические подходы, в рамках которых представления о них разрабатывались: на представления об отношении к своему телу, в том числе и при НА, Ф. Дольто [3] и Д. Пайнз [11]; идеи Т.С. Леви [6] об объектном и субъектном отношении к своему телу; на представления о конфликтном телесном воплощении при НА Т. Фукса [22]. Т.С. Леви [6] пишет, что даже в группе условной нормы подросткам свойственно объектное отношение к собственному телу, поскольку ценность объекта определяется целью – прежде всего нравиться сверстникам.

Т. Фукс в своем исследовании [22] выделяет несколько конфликтов телесного воплощения («embodiment») у девушек, страдающих НА: *тело как отказ от женского, искаженное тело, отчужденное тело, исчезающее тело, а также интерсубъективное тело*. Женщина (и все, что связано с феминностью: женские формы и сексуальность) ассоциируется со «взрослостью». В случае конфликтного воплощения как *отказа от женского* страдающая НА как бы застревает в детском возрасте или откатывается назад к нему: она не может быть автономной, брать на себя ответственность, ей страшно вступать во «взрослую» жизнь. Конфликтному воплощению по типу *«искаженное тело»* соответствует «искаженный образ тела», при котором страдающая НА видит себя через призму своего поврежденного восприятия - с мнимыми изъянами, но все еще принимая свое тело как часть себя. В случае конфликта *«отчужденное тело»* страдающая НА уже не считает свое тело частью Я и тем самым лишается «нормальной» телесности. Самый трагичный вид конфликтного воплощения – это *«исчезающее тело»*: пациентка через неосознанное желание стать ангелоподобной и бестелесной стремится к смерти. Эти конфликты выступают соответствующими стадиями при патогенезе НА, а конфликт интерсубъективного тела как бы пронизывает все эти стадии. Именно благодаря свойству интерсубъективности пациентка сообщает через тело то, что не может сообщить иначе, так как только тело подвластно ее контролю.

Изложенные выше представления о природе, патогенезе и особенностях неосознаваемых конфликтов при НА и стали основой для качественного исследования «История моего тела» («ИМТ»), а также легли в основу интерпретации результатов, полученных в ходе ее применения в эмпирических исследованиях. Данный метод представляет респонденту возможность реализовать субъектное отношение к собственному телу в отличие, например, от шкалы удовлетворенности функционированием собственного тела (Functionality Appreciation Scale, FAS) [7] или невербальной методики для оценки удовлетворенности участками тела (УУТ) [8], где рассматриваемое отношение к частям тела и отношение к своему телу являются заведомо объектными.

Цель исследования: посредством нового качественного метода комплексно и полно раскрыть плохо осознаваемые компоненты отношения к своему телу девочек-подростков с НА.

Характеристика (дизайн) исследования. Исследование проходило в несколько этапов. На *первом этапе* была разработан сам методический прием (созданный в 2021 г. и доработанный в 2022 г.), названный нами «История моего тела» («ИМТ») и ориентированный прежде всего на изучение неосознаваемого отношения к собственному телу девушек-подростков, страдающих НА, с инструкцией написать/рассказать историю собственного тела. На основе теоретического анализа были выявлены критерии и параметры для контент-анализа, в том числе и показатели разных видов конфликтного воплощения.

На *втором этапе* проводилось лонгитюдное исследование отношения к собственному телу девушек-подростков с диагнозом НА, находящихся на стационарном лечении, и его изменения от начала и концу пребывания в стационаре. Исследовалась динамика неосознаваемых (и не вполне осознаваемых) компонентов отношения к собственному телу как в группе в целом, так и индивидуальная динамика.

Характеристика методики «История моего тела» и параметры ее анализа. Методика состоит из строгой, но простой в исполнении инструкции, 4 (5) вопросов и параметров (стабильных и варьирующихся) для интерпретации с помощью контент-анализа.

Респонденткам предоставлялась следующая инструкция: *«Расскажите историю своего тела, как если бы Вы описывали историю жизни какого-либо человека. Вы можете говорить от собственного лица или от лица Вашего тела. Рассказывая историю своего тела, включите, пожалуйста, ответы на вопросы, которые я задам позже. Попробуйте ответить на каждый вопрос не менее чем пятью предложениями. Если Вам захочется добавить что-то о своем теле, помимо ответов на вопросы, то тоже рассказывайте. Художественное оформление и грамотность речи не оцениваются. Здесь нет правильного и неправильного – рассказывайте, как Вам захочется. Надеюсь, что это будет интересное и полезное занятие».*

В начале стационарного лечения пациенткам предлагалось ответить на следующие четыре вопроса: (1) *Попробуйте охарактеризовать, как менялось Ваше тело в течение жизни?* (2) *Менялась ли Ваша жизнь в связи с изменениями Вашего тела?* (3) *Как Вы ощущаете свое тело сейчас?* (4) *Как Вы думаете, что будет с Вашим телом через 5 лет?* Через месяц после начала лечения (перед выпиской) пациенткам стационара предлагалось ответить на те же самые вопросы плюс на еще один: *«Что произошло с Вашим телом за последний месяц (с начала лечения в ЦИРПП³)?».*

Каждая история с согласия пациентки записывалась на диктофон (а не непосредственно от руки пациенткой или в Google-формах, или же нами) для большей точности получаемой информации, так как пациентки с меньшей вероятностью будут подыскивать «правильное» слово, таким образом неосознаваемо (или осознаваемо) искажая факты, а также мы считали необходимым фиксировать паузы, оговорки, стилистические особенности речи.

Каждая история анализировалась с использованием контент-анализа по теоретически выделенным параметрам и их критериям, представленным в Таблице 1 (см. Приложение 1). В таблице параметры и их критерии, относящиеся к анализу неосознаваемого отношения к телу *только при НА*, отмечены звездочкой (*).

Контент-анализ по обозначенным в приложении параметрам и критериям проводился по следующей схеме: высчитывалось общее количество смысловых единиц (фраз, смысловых отрезков) в одном тексте (истории), и оно принималось за 100%. Затем текст анализировался по каждому параметру по порядку: сколько смысловых единиц соответствует каждому конкретному параметру. В каждой истории отбирались смысловые единицы, характеризующие тот или иной критерий, причем процент смысловых единиц каждый раз высчитывался от общего количества смысловых единиц в каждом конкретном тексте. Таким образом, одно высказывание могло подпадать под несколько параметров сразу, например, характеризовать не только эмоциональное отношение к телу (*допустим, критерий: негативное*), но и особые темы (*допустим, критерий: ненависть к себе*). То есть каждая история анализировалась как минимум шесть (в группе условной нормы) и восемь (в группе НА) раз соответственно количеству выделенных параметров.

³Центр изучения расстройств пищевого поведения

Приложение 1.

Таблица 1.

Параметры их критерии для анализа и интерпретации «Истории моего тела»

	Параметры	Критерии параметров	Объяснение
1	Фиксация на внешнем виде	<i>Присутствует</i>	Респондент застревает в «круговороте» мыслей о внешнем виде, весе и похудении.
		<i>Отсутствует</i>	Респондент не акцентирует внимание на внешнем виде, весе и похудении.
2	Эмоциональное отношение к своему телу	<i>Положительное</i>	В истории присутствуют исключительно позитивные характеристики своего тела. Если есть критическая оценка собственного тела, самокритика воспринимается адекватно.
		<i>Амбивалентное</i>	В истории присутствуют фразы, одни из которых свидетельствуют о положительной оценке своего тела, другие – о негативной. В основном, амбивалентное отношение диагностируется тогда, когда есть диссонанс между когнитивным и эмоциональным (<i>например, страдающая НА пациентка, понимает, что ее критически низкий индекс массы тела пагубно влияет на все сферы ее жизни, однако эмоционально она не готова к тому, чтобы набрать вес хотя бы до нормы</i>).
		<i>Негативное</i>	В истории присутствуют исключительно негативные высказывания в отношении своего тела или его неадекватная оценка (<i>например, когда индекс массы тела ниже нормы, но человек все равно убежден в том, что он «слишком толстый»</i>). Может иметь место катастрофизация.
3	Субъектное или объектное отношение к своему телу	<i>Субъектное</i>	Тело-субъект непротиворечиво соединяет материальную форму и психическое содержание; присутствует своеобразный

			диалог с собственным телом. Дополняется темой принятия себя: только тот, кто относится к телу как субъекту, адекватно воспринимает себя со всеми достоинствами и недостатками.
		<i>Объектное</i>	Тело-объект: лишено телесности; отсутствует диалог с телом. В этом случае даже речи не идет о принятии себя.
4	Восприятие будущего	<i>Положительное</i>	Будущее видится человеку ясно, в положительном ключе. Могут присутствовать критические замечания относительно будущего, но само восприятие его оптимистично или, по крайней мере, реалистично.
		<i>Неоднозначное</i>	Дуальное отношение к будущему: нет четкого определения, что « <i>все будет хорошо</i> » или « <i>плохо</i> »; оно как бы не до конца определенное.
		<i>Негативное</i>	Будущее видится исключительно в негативном свете. Может иметь место катастрофизация.
		<i>Идеал в будущем – худоба</i>	Будущее видится человеку в положительном ключе только в том случае, если он похудеет или останется худым; характерно «застревание» на мысли о том, что только благодаря похудению будет возможно идеальное будущее.
		<i>Будущего нет</i>	В рассказанной истории будущего, как такового, нет; характерно избегание ответа на вопрос: « <i>Как Вы думаете, что будет с Вашим телом через 5 лет?</i> ». Неясные формулировки, по типу « <i>я живу настоящим</i> » или же простое « <i>не знаю</i> », свидетельствуют об этом.
5	Тело как результат расстройств во-площения	<i>Тело как отказ от женского</i>	В истории обнаруживаются фразы, свидетельствующие о неприятии взрослого женского тела и всего, что связано со

			«взрослостью» и феминностью (женские формы и сексуальность), а также о страхе вступать во «взрослую» жизнь.
		<i>Искаженное тело</i>	Респондентка еще принимает свое тело как часть себя, но «видит» его с мнимыми изъянами и недостатками.
		<i>Отчужденное тело</i>	Тело уже не является частью Я, не является физическим Я респондентки, оно чужое, не принадлежащее ей.
		<i>Исчезающее тело*</i>	Собственное Я и тело уже разделены, и респондентка выражает желание (иногда прямо, а иногда метафорически) стать легкой ангелоподобной и бестелесной, преодолеть «тяжесть» своего тела, которое ей мешает. Тело характеризуется как «неуклюжее», излишне «большое», мешающее достижению желаемого.
		<i>Неконфликтное воплощение тела</i>	Адекватное телесное воплощение без признаков исчезающего, отчужденного, искаженного тела и тела как отказа от женского. В тексте истории нет признаков вышеперечисленных конфликтов телесного воплощения.
6	Темы	<i>Травматические события и стрессовые ситуации</i>	В тексте содержатся указания на любые травматические события или стрессовые ситуации (<i>например, буллинг или же физиологические последствия похудения</i>).
		<i>Тело в контексте социальных взаимоотношений (неразрывно связана с темой «травматические события и стрессовые ситуации»)</i>	Упоминаются не только травматические события или стрессовые ситуации, возникающие в системе социальных взаимоотношений, но говорится и о положительной роли семьи, круга сверстников, учителей и др. в их преодолении. Об их поддержке.

	<i>Желание похудеть</i>	В истории респондентки присутствуют фразы, явно демонстрирующие желание похудеть.
	<i>Желание набрать вес</i>	В истории респондентки присутствуют фразы, явно демонстрирующие желание набрать вес.
	<i>Страх смерти</i>	Проявляется в специфическом юморе или прямом заявлении о смерти.
	<i>Ненависть к себе</i>	Наличие фраз, в которых прямо или косвенно высказывается недовольство и неприятие себя, отвращение к себе.
	<i>Принятие себя</i>	Наличие фраз, в которых прямо или косвенно высказывается принятие своего состояния, своего тела со всеми его особенностями, адекватное восприятие собственного тела.
	<i>Уход от темы тела</i>	Респондентка всячески уходит от темы <i>тела</i> , рассказывая, например, историю функционирования своих внутренних органов. По сути, нет никаких маркеров, чтобы выделить что-либо относительно <i>тела</i> .
	<i>Стагнация или ухудшение жизни в связи с похудением*</i>	Пациентка может отмечать, что, например, сначала, когда она худела, видела лишь «положительный результат», но после, в связи с похудением стала замечать, что ее жизнь кардинально меняется не в лучшую сторону (<i>например, она не может думать ни о чем другом, кроме подсчета калорий, или же ее беспокоит ее физиологическое состояние, такое как прекращение менструации и пр.</i>).
	<i>Принятие состояния болезни*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что пациентка четко осознает свой диагноз и стремится к тому, чтобы изменить свой способ мышления относительно идеи похудения. Также она осознает негативные психофизиоло-

			гические последствия похудения (например, отмечает, что «стало тяжело думать» и/или «стала чувствовать слабость»).
		<i>Страх отката в болезнь*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что пациентка, осознавая свое болезненное состояние, боится рецидива после выписки.
		<i>Уход от темы болезни*</i>	Пациентка всячески отрицает у себя наличие нарушения пищевого поведения.
7	Мотивация похудения*	<i>Внутренняя отрицательная*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что мотивация похудения обусловлена внутренними факторами, в том числе, худея, пациентка своеобразно наказывает себя (например, пациентка приняла решение худеть, так как видела «изъяны» в своей фигуре и «неидеальный вес»).
		<i>Внутренняя положительная*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что мотивация похудения обусловлена внутренними факторами, но худея, пациентка при этом своеобразно поощряет себя.
		<i>Внешняя отрицательная*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что мотивация похудения обусловлена внешними факторами, и при этом происходит своеобразное наказание (например, пациентку кто-либо назвал «толстой», и это, сильно повлияв на нее, спровоцировало возникновение ее решения о похудении).
		<i>Внешняя положительная*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что мотивация похудения обусловлена внешними факторами, но при этом происходит своеобразное поощрение.
8	Вторичные выгоды от похудения*	<i>Надежда на принятие себя*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что у пациентки имеется убеждение в том, что она примет себя, только если

		похудеет.
	<i>Наладились отношения с родителями*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что у пациентки имеется убеждение в том, что только благодаря похудению родители (или кто-то другой) стали обращать на нее больше внимания.
	<i>Наладились отношения со сверстниками*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что пациентка убеждена в том, что только благодаря похудению у нее появились новые знакомства.
	<i>Люди стали ценить за богатый внутренний мир*</i>	У пациентки имеется убеждение в том, что только благодаря похудению она смогла «отсеять» из своего окружения тех людей, которые «ценили» ее за внешность, а не за «богатый внутренний мир», и именно последних обрела, только благодаря похудению.
	<i>Счастье*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что у пациентки имеется убеждение в том, что, только благодаря похудению, она будет счастлива, то есть, видя «положительный» результат на весах, она сможет испытать радость того, что «цель» постепенно достигается.
	<i>Занятие любимым делом*</i>	Наличие фраз, свидетельствующих о том, что у пациентки имеется убеждение в том, что только благодаря похудению она сможет заниматься любимым делом (<i>например, конным спортом</i>).
	<i>Нет вторичных выгод*</i>	В рассказанной пациенткой истории нет информации о вторичных выгодах от похудения. Это значит, что либо они есть, но пациентка не включила упоминание о них в свой рассказ, либо вторичных выгод от похудения вовсе нет.

Параметры и критерии, отмеченные *, относятся исключительно к группе НА.

ЛИТЕРАТУРА

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

REFERENCES

1. Binsvanger L. Dva sluchaya: E`llen Vest i Lola Foss. Per. s angl. M.: Al`ma Mater, 2024. 339 s.
2. Bryukhin A.E., Okonishnikova E.V., Lineva T.Yu. Dismorfofobicheskie rasstrojstva u detej i podrostkov pri narusheniyakh pishhevogo povedeniya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2017 (17). # 2. S. 32.
3. Dol`to F. Na storone podrostka. Per. s fr. Ekaterinburg: Rama Pablising, 2010. 423 s.
4. Kiseleva M.N. Issledovanie otnosheniya zhenshin k svoemu telu // Obshhestvo. 2020. T. 18. # 3. S. 113-117.
5. Korkina M.V., Czivil`ko M.A., Marilov V.V. Nervnaya anoreksiya. M.: Mediczina, 1986. 176 s.
6. Levi T.S. Otnoshenie k telu v strukture samootnoshenij // Znanie. Ponimanie. Umenie. 2008. # 3. S. 72-75.
7. Meshkova T.A., Gavrilova E.L. Osobennosti otnosheniya k telu licz s posledstviyami detskogo czerebral`nogo paralicha i spinal`noj travmy` // Klinicheskaya i special`naya psikhologiya. 2021. T. 10. # 1. S. 180-205. doi: 10.17759/cpse.2021100109.
8. Meshkova T.A., Kly`chkova O.M. Aprobacziya neverbal`noj metodiki dlya ocenki udovletvorennosti uchastkami tela (UUT) // Klinicheskaya i special`naya psikhologiya. 2018. T. 7. # 1. S. 118-138. doi: 10.17759/cpse.2018070109.
9. Ozhigova L.N., Klempert S.V. Udovletvorennost` sobstvenny`m telom i otnoshenie k zdorov`yu u molody`kh devushek // Obrazovanie i nauka v sovremenny`kh realiyakh: Mat-ly` Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf., Cheboksary`, 14 maya 2021 goda.. 2021. S. 134-139. doi: 10.21661/r-553936.
10. Okonishnikova E.V., Bryukhin E.V. Dismorfofobicheskie rasstrojstva u paczientov s nervnoj anoreksiej i nervnoj bulimiej // Vestnik nevrologii, psikhiiatrii i nejrrokhirurgii. 2023. # 6. S. 476-485. doi:10.33920/med-01-2306-12.
11. Pajnz D. Bessoznatel`noe ispol`zovanie svoego tela zhenshhinoy. Per. s angl. SPb.: Vostochno-evropejskij institut psikhoanaliza i B & K, 1997. 195 s.
12. Ragulina M.V., Denmukhametova E.S. Osobennosti e`mocional`nogo sostoyaniya zhenshin pri negativnom i ambivalentnom obraze tela // Obshhestvo. 2017. T. 8. # 3. S. 63-68.
13. Stankovskaya E.B. «Moe chuzhoe telo»: formy` sovremennogo otnosheniya zhenshhiny` k sebe v aspekte telesnosti // Mir psikhologii. 2011. T. 68. # 4. S. 112-119.
14. Shevelenkova T.D., Volzhina Zh.A. Otnoshenie k svoemu telu i psikhologicheskoe blagopoluchie v podrostkovom vozraste // My`shlenie i rech`: podkhody`, problemy`, resheniya: Mat-ly` XV mezhdunarodny`kh chtenij pamyati L.S. Vy`gotskogo: v 2 tomakh, RGGU, Institut psikhologii im. L.S. Vy`gotskogo / pod redakcziej V.T. Kudryavczeva. M., RGGU. 2014. S. 8-13.
15. Shevelenkova T.D., Sal`nikova M.M. Izmeneniya psikhicheskoy rigidnosti i otnosheniya k svoemu telu v proczesse lecheniya u devushek-podrostkov, stradayushhikh nervnoj anoreksiej // Psikholog. 2024. # 2. S. 1-19. doi: 10.25136/2409-8701.2024.2.70033 EDN: ZAHDYL URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=70033
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V). Washington: American Psychiatric Association Pub-

lishing, 2013. 947 p.

17. Cash T.F., Brown T.A. Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature // Behavior Modification. 1987. Vol. 11. № 4. P. 487-521. doi: 10.1177/01454455870114005.

18. Charland L.C., Hope T., Stewart A., Tan J. Anorexia nervosa as a passion // Philosophy, Psychiatry, and Psychology. 2013. Vol. 20. № 4. P. 353-365. doi: 10.1353/ppp.2013.0049.

19. Eli K. Striving for liminality: eating disorders and social suffering // Transcultural Psychiatry. 2018. Vol. 55 № 4. P. 475-494. doi: 10.1177/1363461518757799.

20. Farrell E. Lost for words: the psychoanalysis of anorexia and bulimia. London: Process Press, 1995. 104 p.

21. Fuchs T. Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia // Philosophy, Psychiatry, and Psychology. 2005. Vol. 12. № 2. P. 95-107. doi: 10.1353/ppp.2005.0040.

22. Fuchs T. The disappearing body: anorexia as a conflict of embodiment // Eating and Weight Disorders. 2022. Vol. 27. № 1. P. 109-117. doi: 10.1007/s40519-021-01122.

23. Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression // Journal of Phenomenological Psychology. 2002. Vol. 33. № 2. P. 223-243. doi: 10.1163/15691620260622903.

24. Gaete I.M., Fuchs T. From body image to emotional bodily experience in eating disorders // Journal of Phenomenological Psychology. 2016. Vol. 47. № 1. P. 17-40. doi: 10.1163/15691624-12341303.

25. Ivarsson T., Råstam M., Wentz E., Gillberg I.C., Gillberg C. Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: a controlled longitudinal, partly community-based study // Comprehensive Psychiatry. 2000. Vol. 41. № 5. P. 398-403. doi: 10.1053/comp.2000.9001.

26. Jáuregui-Lobera I., Bolaños-Ríos P., Ruiz-Prieto I. Thought-shape fusion and body image in eating disorders // International Journal of General Medicine. 2012. Vol. 5. P. 823-830. doi: 10.2147/IJGM.S36324.

27. Keizer A., van Elburg A., Helms R., Dijkerman H.C. A Virtual Reality Full Body Illusion Improves Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa // PLoS One. 2016. Vol. 11. № 10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5053411/pdf/pone.0163921.pdf> (дата обращения: 01.07.2024). doi: 10.1371/journal.pone.0163921.

28. Kluck A.S. Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations // Eating Behaviors. 2008. Vol. 9. № 4. P. 471-483. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.07.006.

29. Lavis A. Not eating or tasting other ways to live: a qualitative analysis of 'living through' and desiring to maintain anorexia // Transcultural Psychiatry. 2018. Vol. 55. № 4. P. 454-474. doi: 10.1177/1363461518785796.

30. Legenbauer T., Radix A.K., Naumann E., Blechert J. The Body Image Approach Test (BIAT): A Potential Measure of the Behavioral Components of Body Image Disturbance in Anorexia and Bulimia Nervosa? // Frontiers in Psychology. 2020. Vol. 11. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7005054/pdf/fpsyg-11-00030.pdf> (дата обращения: 01.07.2024). doi: 10.3389/fpsyg.2020.00030.

31. Legrand D. Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa // Neuropsychologia. 2010. Vol. 48. № 3.

P. 726-737. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.026.

32. Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press, 1978. 351 p.

33. Moccia L., Conte E., Ambrosecchia M., Janiri D., Di Pietro S., De Martin V., Di Nicola M., Rinaldi L., Sani G., Gallese V., Janiri L. Anomalous self-experience, body image disturbance, and eating disorder symptomatology in first-onset anorexia nervosa // *Eating and Weight Disorders*. 2022. Vol. 27. № 1. P. 101-108. doi: 10.1007/s40519-021-01145-0.

34. Mölbert S.C., Thaler A., Mohler B.J., Streuber S., Romero J., Black M.J., Zipfel S., Karnath H.O., Giel K.E. Assessing body image in anorexia nervosa using biometric self-avatars in virtual reality: Attitudinal components rather than visual body size estimation are distorted // *Psychological Medicine*. 2018. Vol. 48. № 4. P. 642-653. doi: 10.1017/S0033291717002008.

35. Stanghellini G. The optical-coenaesthetic disproportion in feeding and eating disorders // *European Psychiatry*. 2019. Vol. 58. P. 70-71. doi: 10.1016/j.eurpsy.2019.02.005.

36. Stanghellini G., Ballerini M., Mancini M. The optical-coenaesthetic disproportion hypothesis of feeding and eating disorders in the light of neuroscience // *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6755335/pdf/fpsy-10-00630.pdf> (дата обращения: 01.07.2024). doi: 10.3389/fpsy.2019.00630.

37. Troop N.A., Allan S., Serpell L., Treasure J.L. Shame in women with a history of eating disorders // *European Eating Disorders Review*. 2008. Vol. 16. № 6. P. 480-488. doi: 10.1002/erv.858.

38. Wilksch S., Wade T.D. Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression // *International Journal of Eating Disorders*. 2004. Vol. 35. № 4. P. 571-578. doi: 10.1002/eat.10273.

T.D. Shevelenkova, M.M. Salnikova

**THE «MY BODY STORY» METHOD AS A QUALITATIVE STUDY
OF THE ATTITUDE TOWARDS THEIR OWN BODY
OF TEENAGE GIRLS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA
(PART 1)**

Russian State University for the Humanities (Moscow).

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

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

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологи-
гии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. **Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.**
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **В ЧЕРНО-БЕЛОМ ФОРМАТЕ, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ** в Word'e.
4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.**; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются: **УДК**, авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.
9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Госстандарта, вначале источники на русском языке (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011(11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. В случае наличия замечаний рецензента рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 09.12.2024 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 300 экз.
Заказ №
Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru