

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2024 (24), № 1

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

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

Материалы для публикации направляются электронной почтой вложенным файлом в формате .rtf либо .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

И.В. Полякова ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ.....	4
Ю.Ю. Пенцак, А.И. Хромов ДИНАМИКА ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ.....	11
Е.А. Катан, Е.В. Бульчева, В.В. Карпец, Н.Ю. Буева ИСКАЖЕННЫЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....	21
Р.В. Александрова, Т.А. Мешкова НИЗКАЯ САМООЦЕНКА ВНЕШНОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: СЕМЕЙНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	33
И.А. Золотова СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ЖЕНЩИНОЙ СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ, СВЯЗАННОЙ С РОЖДЕНИЕМ РЕБЕНКА С ЗАБОЛЕВАНИЕМ.....	49
В.С. Собкин, Е.А. Калашникова ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИИ УЧАЩИХСЯ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ.....	59
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
С.А. Гребень СТРАТЕГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА «ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ 4-7 ЛЕТ С АУТИЗМОМ» В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	75
О.В. Кольцова, П.В. Сафонова СМЫСЛЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ ОТ РОЖДЕНИЯ.....	84
КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ	
Л.Ж. Атаева, И.В. Макаров РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАТИСТИЧЕСКИХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АУТИЗМОМ В РОССИИ.....	94
А.Ю. Киворкова, А.Г. Соловьев АЛГОРИТМ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ.....	99
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
М.А. Калинина, Е.Е. Балакирева, Г.В. Козловская, С.Г. Никитина, Т.Е. Блинова, О.В. Шушпанова, Н.И. Голубева, Г.Н. Шимонова, М.В. Иванов, И.А. Марголина, Н.В. Платонова, А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, Н.С. Шалина ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ, ЧАСТЬ 2-2.....	103
В.В. Грачев, А.Ю. Александрова ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР).....	113
ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ	
НЕКРОЛОГ ЕЛЕНА АЛЕКСЕЕВНА ШАПОВАЛ	125
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	128

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

I.V. Polyakova FEATURES OF NEUROTIC MANIFESTATIONS OF ADOLESCENTS.....	4
Yu.Yu. Pentsak, A.I. Khromov DYNAMICS OF SPATIAL PERCEPTION IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN WITH ATYPICAL AUTISM.....	11
E.A. Katan, E.V. Bulycheva, V.V. Karpets, N.Yu. Bueva DISTORTED INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AS A PREDICTOR OF ADDICTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS.....	21
R.V. Alexandrova, T.A. Meshkova LOW SELF-ESTEEM OF APPEARANCE IN ADOLESCENT GIRLS: FAMILY AND INDIVIDUAL-PERSONAL RISK FACTORS AND FEATURES OF EATING BEHAVIOR.....	33
I.A. Zolotova SUBJECTIVE PERCEPTION BY A WOMAN OF THE SITUATION OF UNCERTAINTY ASSOCIATED WITH THE BIRTH OF A CHILD WITH A DISEASE.....	49
V.S. Sobkin, E.A. Kalashnikova FEATURES OF THE LIFE POSITION OF STUDENTS ENGAGED IN THE SYSTEM OF ADDITIONAL EDUCATION IN THE ARTS.....	59
PREVENTION, THERAPY, CORRECTION, REHABILITATION, MANAGEMENT OF INVESTIGATION AND TREATMENT	
S.A. Hreben STRATEGY FOR USING THE METHOD «DETERMINING SPEECH DISORDERS IN CHILDREN 4-7 YEARS OLD WITH AUTISM» IN SPECIALIZED MEDICAL CARE.....	75
O.V. Koltsova, P.V. Safonova MEANINGS OF COMPLEX DIAGNOSTICS OF COGNITIVE FUNCTIONS IN ADOLESCENTS LIVING WITH HIV FROM BIRTH.....	84
SHORT COMMUNICATIONS	
L.Zh. Attaeva, I.V. Makarov REGIONAL PECULIARITIES OF STATISTICAL AND EPIDEMIOLOGIC INDICATORS OF AUTISM MORBIDITY IN RUSSIA.....	94
A.Yu. Kivorkova, A.G. Soloviev THE ALGORITHM FOR PRIMARY PSYCHODAGNOSTIC CONSULTATION FOR CHILDREN OF REPRESENTATIVES DANGEROUS PROFESSIONS.....	99
LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOLOGICAL MATERIALS	
M.A. Kalinina, E.E. Balakireva, G.V. Kozlovskaya, S.G. Nikitina, T.E. Blinova, O.V. Shushpanova, N.I. Golubeva, G.N. Shimonova, M.V. Ivanov, I.A. Margolina, N.V. Platonova, A.V. Kulikov, A.A. Koval-Zaitsev, N.S. Shalina CHILDHOOD AUTISM - HISTORICAL ASPECTS AND NEW PERSPECTIVES. BIOLOGICAL BASIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS. LITERATURE REVIEW, PART 2-2.....	103
V.V. Grachev, A.Yu. Alexandrova PATHOGENETIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN ADOLESCENCE (ANALYTICAL REVIEW).....	113
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS.....	128

**ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ
ФГБОУ ВО СмолГУ (Смоленск).**

Резюме. В статье представлены результаты компаративного исследования особенностей невротических проявлений у подростков 7-х и 8-х классов, выявленных с помощью методики Детский опросник невротиков. В исследовании приняли участие 152 школьника. В работе установлено, что увеличение интенсивности учебной деятельности в 8-м классе связано с повышением психоэмоционального напряжения, которое проявляется в возрастании нарушения сна обучающихся. Астенические проявления учащихся 7-8 классов сохраняются на одном и том же уровне. Выраженность депрессивных проявлений, нарушения поведения, вегетативные расстройства и тревога по мере взросления подростка от 7-го к 8-му классу снижается.

Ключевые слова: невроз, невротическое состояние, тревога, астения, депрессия, эмоциональная неустойчивость, психическое здоровье.

Введение. Защита жизни детей, содействие их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию является одной из стратегических целей государственной политики РФ [5, 7]. Социально-экономическая напряженность в России на современном этапе развития «... провоцирует рост числа детей, страдающих неврозом, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью» [1, с. 69]. Невротическое расстройство возникает под влиянием значимых для человека психотравмирующих жизненных обстоятельств [2, 4].

Отмечая раннее дебютирование неврастении уже в возрасте 2-3 лет, к периоду отрочества и в подростковом возрасте «...формируются более сложные фобии: ипохондрический невроз, сопровождающийся боязнью заразиться инфекционным заболеванием или заболеть раком, страх острых предметов или замкнутого помещения; при этом сохраняется критичность в оценке негативности этих страхов» [1, с. 72]. Своевременно не обнаруженная невротическая реакция у дошкольника может трансформироваться в устойчивое невротическое состояние у подростка [8] и обусловить необратимые психологические изменения личности [1, 6, 9]. Невроз – это обратимое состояние, он излечим, если понимать причины его возникновения, этиологию, симптоматику и психосоматические проявления [3, 10]. Ранняя своевременная диагностика и коррекция невротических проявлений подростка позволяет сохранить его психическое здоровье, работоспособность и способствует эффективному развитию психики и формированию личности.

Цель и методика исследования. Цель обследования учащихся заключалась в выявлении уровня общей тревоги и проявления невротизации подрост-

ков. Диагностика невротических проявлений учащихся осуществлялась с помощью методики Детский опросник невротиков (ДОН) в ноябре 2022-2023 учебного года. ДОН является валидным и надежным методом исследования невротических расстройств в детском возрасте [6]. В исследовании приняли участие 152 учащихся 7-8-х классов МБОУ Гимназия № 1 им. Н.М. Пржевальского г. Смоленска, из них 79 семиклассников и 73 восьмиклассника.

Обсуждение результатов. Результаты семиклассников представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты диагностики учащихся 7-х классов по методике ДОН

№	Класс	Депрессия	Астения	Наруш. повед.	Вегетат. расстр.	Наруш. сна	Тревога	Σ	
								балл	уров.
1	7А	9,9	6,1	6	6,8	4,7	5	34	низк
2	7Б	6,6	6,5	5,4	7,8	6,1	5,7	38,5	низк
3	7В	7,2	7,2	6,4	8,6	7,8	5,6	42,9	низк
4	μ	7,9	6,6	5,9	7,7	6,2	5,4	38,4	низк

Как видно из табл. 1, средние оценки (μ) учащихся всех классов параллели низкие. У 19 учащихся (24% от всего числа обследованных) был выявлен средний и высокий уровни выраженности невротических проявлений по разным шкалам методики. Результаты учащихся 7 класса были объединены в три группы по степени выраженности: первую, наиболее выраженную составили «Депрессия», «Вегетативные расстройства» и «Астения» (7,9; 7,7 и 6,6 баллов соответственно); вторую – «Нарушения сна» и «Нарушения поведения» (6,2 и 5,9 балла соответственно) и третью, наименее выраженную «Тревога» (5,4 балла). Ниже, на рис. 1, полученные результаты представлены графически.



Рисунок 1. Полигон распределения результатов диагностики учащихся 7 классов по методике ДОН.

Как видно на рис. 1, результаты учащихся 7 классов различаются по степени выраженности по разным шкалам. Наибольшие отличия выявлены по шкалам «Депрессия», «Нарушения сна» и «Вегетативные расстройства». Следует отметить, что наибольшая выраженность результатов по шкале «Депрессия» выявлена у учащихся 7а класса, однако их результаты по шкалам «Вегетативные расстройства» и «Нарушения сна», наоборот, минимальные в параллели.

В табл. 2 представлены результаты диагностики учащихся 8 классов по методике ДОН.

Таблица 2.

Результаты диагностики учащихся 8 классов по методике ДОН

№	Класс	Депрессия	Астения	Наруш. повед.	Вегет. расстр.	Наруш. сна	Тревога	Σ	
								балл	уров.
1	8А	6,2	6,2	4,6	7,4	7,3	3,4	35,5	низк
2	8Б	5,6	5,4	2	0,6	5,5	2,7	22	низк
3	8В	6,6	8,3	6,3	9,7	8,9	4,8	44,9	низк
4	μ	6,2	6,6	4,3	7	7,2	3,6	36,1	низк

Как видно из табл. 1, средние оценки учащихся всех классов низкие. Вместе с тем в каждом из трех обследованных классов были выявлены учащиеся со средним и высоким уровнями невротических проявлений: в 8а классе - 7, в 8б - 6, в 8в - 20 учащихся. Таким образом, были выявлены 33 учащихся со средними и высокими результатами по шкалам, что составило 45,2% от всего числа обследованных. Повторим, что в параллели 7 классов таких учащихся было 19 (24%). Иными словами, от 7-го к 8-му классу число учащихся со средней и высокой степенью невротических проявлений по разным шкалам увеличивается практически вдвое.

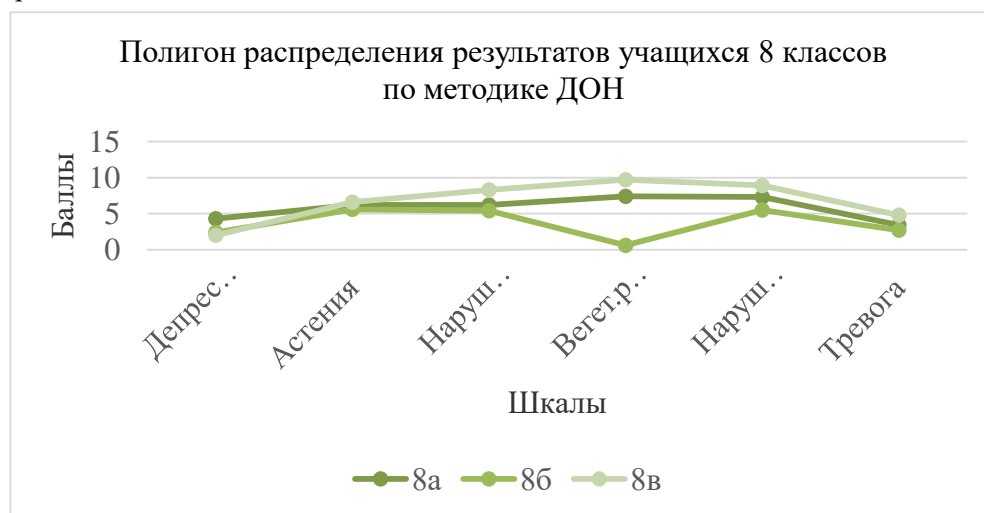


Рисунок 2. Полигон распределения результатов диагностики учащихся 8-х классов по методике ДОН.

Как видно на рис. 2, результаты учащихся можно разделить на три группы по степени «суммарной» выраженности уровня невротических переживаний: 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 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, «Нарушения сна» сравнительно высоко выражены во всех классах обеих параллелей, т. е. являются типичными. «Вегетативные расстройства» зависят от индивидуальных особенностей учащихся и не всегда «сопровождают» нарушения сна. Группу умеренно или средне выраженных результатов объединили результаты «Астения» и «Депрессия» (6,6 и 6,2 баллов соответственно). Наконец, низкие результаты выявлены по шкале «Тревога» - 3,6 балла. Таким образом, несмотря на то что общие суммарные баллы учащихся разных классов значительно отличаются, уровень их выраженности в целом оценивается как низкий.

Выраженность результатов обучающихся 7-8 классов по методике в целом оценивается как низкая, однако показатели разброса разные и могут достигать 50% как внутри параллелей (можно сравнить результаты 8б и 8в классов (22 и 44,9 балла соответственно); 7а и 7в (34 и 42,9)), так и между ними (38,4 и 36,1 – 7-е и 8-е классы соответственно). Однако, суммарные баллы по методике у учащихся 7-8 классов различаются незначительно: в 7 классах сумма составила 38,4 балла, а в 8 классах – 36,1, то есть на 2%. В обоих случаях результаты оцениваются как низкий уровень выраженности невротических проявлений в целом, к 8 классу он несколько снижается.

Анализ полученных результатов по шкалам методики в обеих параллелях представлен в табл. 3.

Таблица 3.

Компаративное соотнесение результатов диагностики учащихся 7 и 8 классов по методике ДОН

№	Шкала	Класс	
		7	8
1	Депрессия	7,9	6,2
2	Астения	6,6	6,6
3	Нарушения поведения	5,9	4,3
4	Вегетативные расстройства	7,7	7
5	Нарушения сна	6,2	7,2
6	Тревога	5,4	4,6
7	μ	6,61	5,98

Как видно из табл. 3, результаты учащихся отличаются незначительно, результаты восьмиклассников ниже (примерно на 10%). Вместе с тем у семиклассников значительно выше выраженность результатов по шкалам «Наруше-

ния поведения», «Депрессия» и «Тревога» (28, 22 и 15% соответственно), за исключением выраженности нарушений сна, они увеличиваются с 6,2 до 7,2 баллов (что составляет 14%). Результаты компаративного соотнесения результатов представлены на рис.3.



Рисунок 3. Компаративное соотнесение результатов учащихся по параллелям.

Как видно на рис.3, выраженность депрессивных проявлений, нарушений поведения, вегетативных расстройств и тревоги по мере взросления подростка от седьмого к восьмому классу снижается. Астенические проявления сохраняются на одном и том же уровне, а нарушения сна, наоборот, возрастают, что может быть связано с возрастанием интенсивности учебной нагрузки.

Выводы. Проблема сохранения психического здоровья учащихся в условиях систематического обучения носит полипрофильный характер и требует объединения специалистов различных профессий для разработки методов по снижению негативного воздействия учебной деятельности на состояние здоровья участников образовательного процесса. Увеличение интенсивности учебной деятельности ведет к повышению психоэмоционального напряжения, которое проявляется прежде всего в возрастании нарушения сна обучающихся 8 классов. Астенические проявления сохраняются на одном и том же уровне у учащихся 7 и 8 классов. Выраженность депрессивных проявлений, нарушения поведения, вегетативные расстройства и тревога по мере взросления подростка от седьмого к восьмому классу снижается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бинелли А.В. Специфика невротизации у детей: этиология и симптоматика // Вестник МИТУ-МАСИ. № 3. С.69-74.
2. Ганузин В.М. Школьный климат, буллинг, виктимизация, дидактогенность и синдром педагогического насилия: поля сражений в школьной жизни // Медицинская психология в России. 2021. Т. 13, № 1. С. 10. doi: 10.24412/2219-8245-2021-1-10
3. Захаров А.И. Происхождение детских невротизаций и психотерапия. М.:КАРО, 2006. 248 с.
4. Ивлев Е.В., Кожемякина О.А., Микляева А.В. [и др.] Психосоциальные ресурсы здоровья учащейся молодежи в отечественных и зарубежных эмпирических исследованиях // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2017. № 186. С. 19–31.
5. Письмо Минпросвещения России от 15.03.2023 № АБ-1144/07 «О направлении рекомендаций (вместе с Рекомендациями для педагогов по профилактике вовлечения подростков в деструктивные субкультуры и несанкционированные массовые мероприятия, Рекомендациями для родителей по профилактике вовлечения подростков в деструктивные субкультуры и несанкционированные массовые мероприятия)» URL: http://fzakon.ru/dokumenty-ministerstv-i-vedomstv/pismo-minprosvescheniya-rossii-ot-15.03.2023-n-ab-1144_07/ (дата обращения: 25.09.2023).
6. Полякова И.В. Психологические особенности взаимосвязи уровня развития социального интеллекта и психической инфантильности подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023(23). № 2. С. 29-37.
7. Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации (в ред. федеральных законов от 20.07.2000 n 103-ФЗ, ... , от 03.04.2023 n 96-ФЗ, от 28.04.2023 n 178-ФЗ). URL: <http://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=441469> (дата обращения: 25.09.2023)
8. Фесенко Ю. А. Детская и подростковая психотерапия: невротизация у детей. М.: Юрайт, 2023. 330 с.

REFERENCES

1. Binelli A.V. Specyfika nevrozov u detej: e`tiologiya i simptomatika // Vestnik MITU-MASI. # 3. S.69-74.
2. Ganuzin V.M. Shkol`ny`j klimat, bulling, viktimizacziya, didaktogeniya i sindrom pedagogicheskogo nasiliya: polya srazhenij v shkol`noj zhizni // Medycziinskaya psikhologiya v Rossii. 2021. T. 13, # 1. C. 10. doi: 10.24412/2219-8245-2021-1-10
3. Zakharov A.I. Proiskhozhdenie detskikh nevrozov i psikhoterapiya. M.:KARO, 2006. 248 s.
4. Ivlev E.V., Kozhemyakina O.A., Miklyaeva A.V. [i dr.] Psichosoczial`ny`e resursy` zdorov`ya uchashhejsya molodezhi v otechestvenny`kh i zarubezhny`kh e`mpiricheskikh issledovaniyakh // Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gerczena. 2017. # 186. S. 19–31.

5. Pis'mo Minprosveshheniya Rossii ot 15.03.2023 # AB-1144/07 «O napravlenii rekomendaczij (vmeste s Rekomendaczijami dlya pedagogov po profilaktike вовлечения подростков в destruktivny'e subkul'tury` i nesankcionirovanny'e massovy'e meropriyatiya, Rekomendaczijami dlya roditel'ej po profilaktike вовлечения подростков в destruktivny'e subkul'tury` i nesankcionirovanny'e massovy'e meropriyatiya)» URL: http://fzакon.ru/dokumenty-ministerstv-i-vedomstv/pismo-minprosvescheniya-rossii-ot-15.03.2023-n-ab-1144_07/ (data obrashheniya: 25.09.2023).

6. Polyakova I.V. Psikhologicheskie osobennosti vzaimosvyazi urovnya razvitiya social'nogo intellekta i psikhicheskoy infantil'nosti podrostkov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 2. S. 29-37.

7. Federal'nyj zakon «Ob osnovny`kh garantiyakh prav rebenka v Rossijskoj Federaczii (v red. federal'ny`kh zakonov ot 20.07.2000 n 103-fz, ... , ot 03.04.2023 n 96-fz, ot 28.04.2023 n 178-fz). URL: <http://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=441469> (data obrashheniya: 25.09.2023)

8. Fesenko Yu. A. Detskaya i podrostkovaya psikhoterapiya: nevrozy` u detej. M.: Yurajt, 2023. 330 s.

9. Subjective health, school victimization, and protective factors in a high-risk school sample / I. Menrath, M. Prüssmann, E. Müller-Godeffroy [et al.] // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP. 2015. Vol. 36, № 5. P. 305–312. doi: 10.1097/DBP.0000000000000168

10. Miranda L. Frank, Amy. F. Sato Food Insecurity and Depressive Symptoms Among Adolescents: Does Federal Nutrition Assistance Act as a Buffer? // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2023. Vol. 44, № 1. P.41-48. URL: <https://journals.lww.com/jrnldbptoc/2023/01000>

I.V. Polyakova

FEATURES OF NEUROTIC MANIFESTATIONS OF ADOLESCENTS

Smolensk State University (Smolensk).

Summary. The article presents the results of a comparative study of the features of neurotic manifestations of adolescents in grades 7 and 8, identified using the Children's Neurosis Questionnaire technique. 152 schoolchildren took part in the study. The paper found that an increase in the intensity of educational activity in the eighth grade is associated with an increase in psycho-emotional tension, which manifests itself in an increase in sleep disorders of students. Asthenic manifestations of 7th and 8th grade students remain at the same level. The severity of depressive manifestations, behavioral disorders, autonomic disorders and anxiety decreases as a teenager grows up from seventh to eighth grade.

Keywords: neurosis, neurotic state, anxiety, asthenia, depression, emotional instability, mental health.

**ДИНАМИКА ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ
У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ
ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический
университет (Москва).**

Резюме. Статья посвящена оценке динамики пространственного восприятия младших школьников с атипичным аутизмом с учетом факторов возраста и коррекционного воздействия. Исследовались клиническая и контрольная группы, динамика которых оценивалась по трем диагностическим точкам с помощью батареи нейропсихологических методик. Выделены подвижные параметры, общие для обеих групп, и устойчивые к коррекции параметры, характерные для детей с атипичным аутизмом.

Ключевые слова: детская нейропсихология, пространственное восприятие, младший школьный возраст, аутизм.

Введение. Во многих нейропсихологических исследованиях отмечается, что любая форма психического дизонтогенеза характеризуется недостаточной сформированностью различных звеньев пространственного восприятия [12, 13]. В частности, у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) отмечаются специфические трудности формирования функций пространственного восприятия [4, 8]. Изучение пространственного восприятия у детей с атипичным аутизмом без умственной отсталости наиболее ярко отражает специфику клинической картины, поскольку их когнитивный статус неотягощен интеллектуальной недостаточностью. Однако эмпирических исследований особенностей динамики пространственного восприятия детей с атипичным аутизмом недостаточно.

Становление специфической картины гностической сферы детей с РАС определяется множеством факторов. С позиции психологии аномального развития, взаимодействие возрастного и клинического факторов обуславливает формирование искаженного типа психического дизонтогенеза [7], который характеризуется диссоциацией отдельных компонентов когнитивного развития. С позиции эпигенетики, взаимодействие средовых и генетических факторов может запускать патогенетические механизмы, лежащие в основе нейрокогнитивных нарушений при аутизме [6, 9], что, однако, не исключает возможность создания благоприятных средовых условий для развития психического потенциала ребенка с аутизмом. Одним из таких средовых факторов может являться нейропсихологическая коррекция.

В рамках настоящего исследования нейропсихологическая коррекция выступает как условие оценки пространственного восприятия в динамике. Ценность данного подхода заключается в возможности проследить становление гностической сферы ребенка с аутизмом под влиянием как минимум двух факторов: возрастного (на протяжении 6 месяцев) и средового (в процессе коррекции).

Таким образом, **цель** настоящего исследования заключается в попытке

оценить динамику различных параметров пространственного восприятия младших школьников с атипичным аутизмом в условиях нейропсихологической коррекции.

Гипотеза исследования: у детей с атипичным аутизмом при общей положительной динамике некоторые параметры пространственного восприятия останутся резистентными к нейропсихологической коррекции.

Материал и методы. Исследование включало клиническую и контрольную группы, общей численностью 33 ребенка в возрасте от 7 до 9 лет (табл. 1).

Таблица 1.

Половозрастные характеристики выборки

Выборки	Объем, кол-во чел.			Возраст, годы ¹		
	всего	мальчики	девочки	мин.-макс.	среднее	станд. откл.
РАС	17	12	5	8,0-8,8	8,3	0,27
Норма	16	8	8	7,8-8,6	8,2	0,24

¹Приведен возраст детей на момент первичной диагностики.

Клиническая группа (далее – РАС) была сформирована на базе центра реабилитации «Наш солнечный мир» (г. Москва). В нее включались дети с атипичным аутизмом, имеющие в анамнезе диагноз F84.12 атипичный аутизм без умственной отсталости (МКБ-10), выставленный психиатром. Все они проходили 6-месячный курс нейропсихологической коррекции.

Контрольная группа (далее – Норма) представлена учащимися ГБОУ Школа № 1862 (г. Москва). В нее включались дети, успешно осваивающие ускоренную общеобразовательную школьную программу и не имеющие выставленных психиатрических диагнозов.

Динамика исследуемых параметров пространственного восприятия оценивалась по трём точкам: Т1 – первичная диагностика, Т2 – промежуточная диагностика (спустя 3 месяца) и Т3 – заключительная диагностика (спустя 6 месяцев).

Диагностика проводилась с помощью батареи нейропсихологических методик. Исследовались следующие 4 сферы: 1) соматогнозис, 2) квазипространственные представления, 3) произвольная регуляция и 4) оптико-пространственные функции. Для оценки первых трех сфер использовались интегральные показатели: соматогнозис (СГ), квазипространственные представления (КВП), произвольная регуляция (ПР). Исследование сферы оптико-пространственных функций включало в себя оценку следующих параметров: метрические (МП), структурно-топологические (СТП), координатные (КП) и проекционные представления (ПП), стратегия восприятия пространства (СВ), сформированность оптико-пространственной памяти (ОПП) и пространственного праксиса (Пр.праксис).

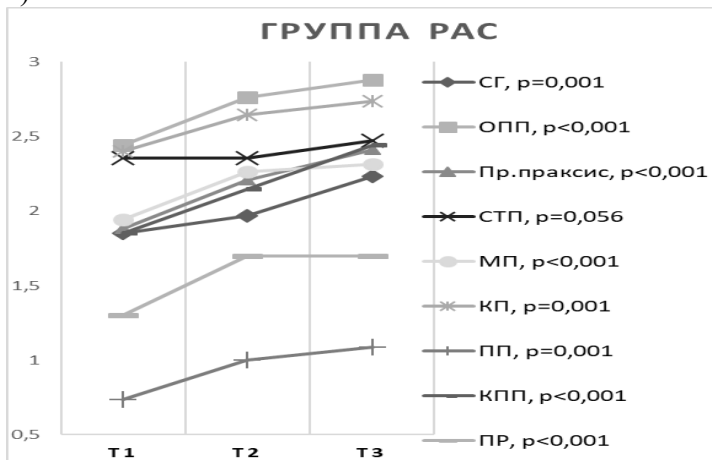
Количественная оценка результатов выполнения диагностических проб осуществлялась с опорой на критерии оценки, предложенные Ж.М. Глоzman [1]. Данный комплекс нейропсихологических диагностических методик применялся во

всех трех точках оценки динамики. Методики, использовавшиеся для диагностики вышеуказанных параметров, и программа нейропсихологической коррекции пространственного восприятия, составленная по результатам первичной диагностики детей с атипичным аутизмом, описаны в другой нашей публикации [10].

Для оценки значимости межгрупповых различий использовался непараметрический критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Для оценки значимости внутригрупповых различий по трем точкам использовался двухфакторный ранговый дисперсионный анализ Фридмана для связанных выборок. Компьютерная обработка результатов проводилась в программах Office MS Excel и IBM SPSS Statistics 23.

Результаты и обсуждение. Динамика исследуемых параметров клинической и контрольной групп отражена на рисунках 1а и 1б. Видно, что в обеих группах наблюдается положительная динамика параметров восприятия, при этом в группе РАС отмечают значимые изменения почти по всем показателям, а в группе Норма значимо изменяется лишь часть параметров.

а)



б)

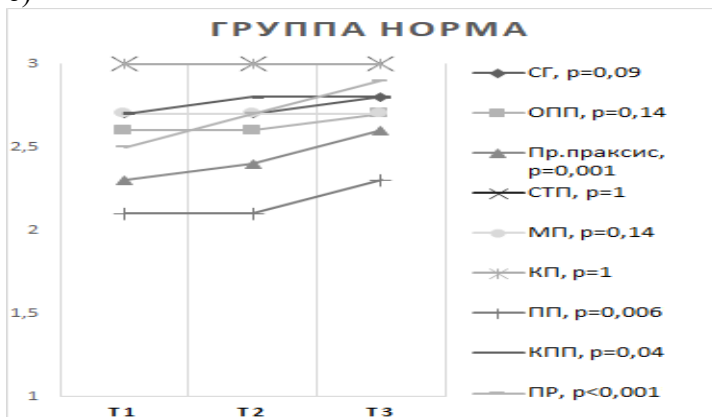


Рисунок 1. Динамика исследуемых параметров у детей группы РАС и Нормы.

У детей группы Норма в ходе естественного онтогенеза на протяжении 6 месяцев наблюдается развитие таких процессов, как пространственный праксис, проекционные и квазипространственные представления, произвольная регуляция. Данные психические процессы относятся к сложным и наиболее поздно формирующимся в онтогенезе [15] и в младшем школьном возрасте еще продолжают свое естественное развитие, с чем, вероятно, и связано наличие значимой динамики. Остальные процессы к этому моменту уже завершают свое формирование, поэтому не демонстрируют столь существенных изменений.

Наблюдаемое развитие произвольной регуляции, квазипространственных и проекционных представлений, пространственного праксиса у детей в норме, дает основание предполагать, что на наличие динамики по данным процессам у детей с РАС оказывает влияние возрастной фактор. Можно предполагать, что в группе детей с РАС динамика данных параметров (произвольной регуляции, квазипространственных и проекционных представлений, пространственного праксиса), которые можно отнести к чувствительным к коррекционному воздействию, обусловлена не только влиянием коррекции, но и фактором возраста.

Наряду с этим в группе детей с РАС были выявлены резистентные к коррекционному воздействию параметры. По параметру структурно-топологические представления внутригрупповая динамика не является значимой и их показатели остаются значимо ниже нормы. С другой стороны, полученные данные подчеркивают известную идею гетерохронности развития в ходе естественного онтогенеза даже внутри одной психической функции – пространственного восприятия. Как видно из рис. 1, профиль развития детей группы РАС менее гармоничен, чем детей Normы. Выявленную асинхронную пространственного восприятия у детей с РАС, продолжая идею В.В. Лебединского, можно наглядно проиллюстрировать, обратившись к табл. 2.

Таблица 2.

Анализ межгрупповых различий параметров пространственного восприятия в каждой из точек оценки динамики

	Т1			Т2			Т3		
	РАС среднее знач.	Норма среднее знач.	р-знач.	РАС среднее знач.	Норма среднее знач.	р-знач.	РАС среднее знач.	Норма среднее знач.	р-знач.
СГ	1,9	2,7	,003	2,0	2,7	,002	2,2	2,8	,006
ОПП	2,4	2,6	,471	2,8	2,6	,543	2,9	2,7	,223
Пр.праксис	1,9	2,3	,040	2,2	2,4	,553	2,4	2,6	,504
СТП	2,4	3,0	,000	2,4	3	,000	2,5	3,0	,000
МП	1,9	2,7	,000	2,3	2,7	,017	2,3	2,7	,009
КП	2,4	3,0	,000	2,6	3,0	,000	2,7	3,0	,002
ПП	0,7	2,1	,000	1,0	2,1	,000	1,1	2,3	,000
КПП	1,9	2,7	,000	2,1	2,8	,000	2,4	2,8	,002
ПР	1,3	2,5	,000	1,7	2,7	,000	1,7	2,9	,000

Различия оценены по критерию Манна-Уитни с поправкой Бонферрони.

У детей группы РАС, несмотря на значимую внутригрупповую положительную динамику практически по всем параметрам, их показатели не достигают показателей детей группы Нормы. Как видно из табл. 2, в группе РАС по сравнению с группой Норма отмечаются значимо более низкие показатели по большинству параметров во всех трех точках оценки динамики, а именно – соматогнозис, метрические, координатные, проекционные, квазипространственные представления, произвольная регуляция. При этом средние значения двух показателей у детей с РАС и в норме с возрастом сближаются: оптико-пространственная память уже по результатам первичной диагностики не имела значимых различий с группой Нормы, а пространственный праксис значимо не отличается от группы Норма во второй и третьей точках оценки динамики. Такие диссоциации в развитии пространственных функций у детей с РАС в сравнении с нормой свидетельствуют об асинхронности в развитии функций пространственного восприятия и могут рассматриваться как следствие искаженного типа психического дизонтогенеза.

Выявленная в ходе первичной диагностики характерная для детей группы РАС пофрагментарная стратегия копирования трудно поддается коррекционному воздействию (рис. 2) в отличие от детей группы Нормы, для которых характерна целостная стратегия восприятия.

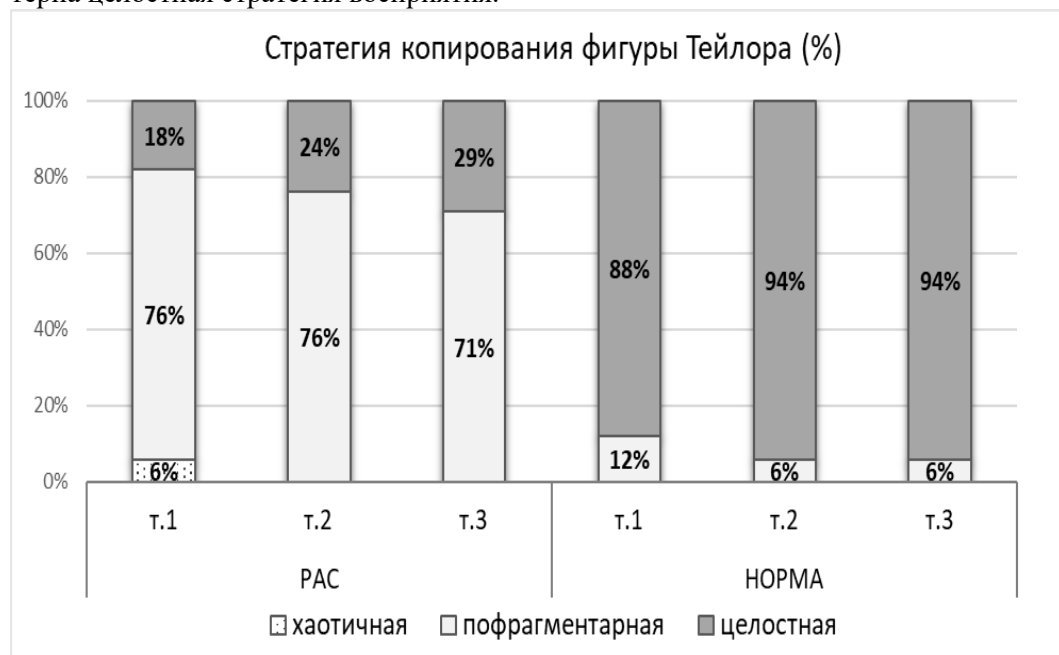


Рисунок 2. Динамика стратегии копирования (% детей внутри группы).

В российских нейропсихологических исследованиях отмечается, что для детей с РАС, использующих пофрагментарную стратегию копирования фигур Рея-Тейлора, также являются характерными трудности понимания и описания сюжетных картин [3]. Результаты выполнения пробы на выделение центрально-

го конфликта сюжета в нашем исследовании частично подтверждают данное наблюдение (рис. 3).



Рисунок 3. Динамика выделения центрального конфликта ситуации в группе РАС (% детей внутри группы).

По результатам первичной диагностики большинство детей с РАС испытывает сложности при описании сюжета картинке и не может выделить центральный конфликт ситуации. При этом они лучше справляются с задачей на вербальном материале, нежели визуальном. Направленность на вербальные, а не на образно-предметные характеристики зрительных стимулов, также является характерной для детей с РАС, что подтверждается данными других исследований [5]. После прохождения коррекционной программы больше половины детей с РАС по-прежнему нуждается в помощи при выделении центрального конфликта в сюжетной картинке.

При качественном анализе выполнения диагностических проб на пространственный праксис (пробы Хэда) и оптико-пространственную память (невербализуемые фигуры), результаты которого подробно описаны в предыдущей нашей публикации [10], было выявлено, что наиболее стойкими в ходе коррекции у детей группы РАС остаются регуляторные и соматотопические ошибки, что согласуется с нашими данными о том что, несмотря на значимую внутригрупповую динамику по параметрам произвольная регуляция и соматогнозис,

показатели обоих параметров в ходе коррекции не достигают показателей группы Нормы. Аномальное развитие сенсорной сферы, на базе которой формируется соматогнозис, является характерной чертой у детей с РАС [14, 16]. Нарушение произвольной регуляции, недостаточная целенаправленность поведения являются стойкими и трудно корректируемыми особенностями детей с РАС [5, 8]. Также отмечается связь трудностей произвольной регуляции и сенсорного поиска с нарушениями социального взаимодействия и выраженным стереотипным поведением [2, 17].

Можно предположить, что нарушение произвольной регуляции, трудности формирования культурально принятой стратегии восприятия пространства, как и соматогностических и структурно-топологических представлений, имеют общие патогенетические механизмы и являются характерными для детей с атипичным аутизмом. На базе данных процессов, возможно, формируются такие сложные психические процессы, как понимание социального подтекста и выделение центрального конфликта в различных социальных ситуациях. Мозговые структуры, обеспечивающие данные психические процессы, входят в так называемый «социальный мозг» [11].

Заключение. Проведенное исследование показало, что неравномерность развития пространственного восприятия у детей с атипичным аутизмом обусловлена асинхронией, с одной стороны, и качественным отличием в уровне сформированности некоторых параметров, с другой. Развитие таких процессов, как пространственный праксис, проекционные и квазипространственные представления, произвольная регуляция, у детей с атипичным аутизмом обусловлено влиянием, в первую очередь, возрастного фактора. Однако оценить, чем в большей степени детерминирована данная динамика – возрастом или коррекцией, затруднительно. В данном многофакторном процессе, чтобы выявить соотношение влияния среды (коррекции) и возраста, требуется проведение дополнительного исследования с включением еще одной клинической группы детей с РАС, с которыми коррекция не проводилась, что трудно реализовать.

Выявленная у детей с атипичным аутизмом резистентность к коррекции таких процессов, как стратегия восприятия, структурно-топологические представления, выделение центрального конфликта ситуации на визуальном материале, обусловлена в большей степени клиническим фактором (диагнозом). Выявленные специфические особенности, вероятно, имеют под собой единый патологический механизм своего нарушения, чем и обусловлена резистентность данных параметров, детерминированная клиническим фактором.

Выявленные в ходе нашего исследования феномены уточняют и дополняют знания о психических процессах и механизмах их функционирования у детей с атипичным аутизмом, однако требуют дальнейшего исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование. Качественная и количественная оценка данных. Учебное пособие. Саратов: Электронно-библиотечная система IPRbooks, 2013. 263 с.
2. Громова М.О., Горбачевская Н.Л., Мамохина У.А., Данилина К.К. Связь

сенсорного профиля с поведенческими проблемами и психофизиологическими маркерами у детей младшего школьного возраста с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2021. Т. 19. № 4. С. 5–14. doi:10.17759/autdd.2021190401

3. Гуляева М.А., Ефремова Н.М., Пылаева Н.М., Хотылева Т.Ю. Эффективное взаимодействие педагога и нейропсихолога в инклюзивной образовательной среде. Диагностический этап. Часть 2 // Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18. № 2. С. 41–48. doi: 10.17759/autdd.2020180206

4. Донина И.А., Алексеева О.В., Киринцева М.А. Формирование пространственных представлений младших школьников с ограниченными возможностями здоровья // Педагогический вестник. 2020. № 12. С. 21-23. EDN XTEWUU

5. Каримулина Е.Г., Хлюстова Н.Г. Направленность внимания у детей с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18. № 4. С. 33–42. doi:10.17759/autdd.2020180404

6. Ключник Т.П., Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Зозуля С.А., Отман И.Н., Коваль-Зайцев А.А. Состояние врожденного и приобретенного иммунитета у детей с психотическими формами расстройств аутистического спектра. Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2011;111(8):41-45.

7. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте. М.: Академия; 2003. 144 с.

8. Мамайчук И.И., Ульд Семета М.Б. Особенности сенсорно-перцептивных функций у детей с расстройством аутистического спектра на модели изучения гаптического и зрительного восприятия // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10. № 3. С. 261–273. doi:10.21638/spbu16.2020.304

9. Полетаев, А.Б., Шендеров Б.А. Аутизм и аутоиммунитет: генетика или эпигенетика? // Клиническая патофизиология. 2016. Т. 22. № 4. С. 17-25. EDN YHGMNR.

10. Пенцак, Ю.Ю. Пространственное восприятие у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья: выпускная квалификационная работа: Магистерская диссертация. М.: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2023. 130 с.

11. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии. Часть I. Концепция «Социальный мозг» - продукт современной нейронауки // Культурно-историческая психология. 2012. № 3. С. 86-94. EDN PSCKXB.

12. Семаго Н.Я. Современные подходы к формированию пространственных представлений у детей как основы компенсации трудностей освоения программы начальной школы // Дефектология. 2000. № 1. С. 12-18.

13. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие. М.: Генезис, 2005. 319 с.

14. Сенсорные особенности детей с расстройствами аутистического спектра. Стратегии помощи: Методическое пособие / Н.Г. Манелис, Ю.В. Никитина, Л.М. Феррой [и др.]. Под общ. ред. А.В. Хаустова, Н.Г. Манелис. М.: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2018. 70 с. ISBN

978-5-94051-181-6. EDN PNRIOH/

15. Шеботинова Е.А. Особенности зрительного восприятия в младшем школьном возрасте // Молодой ученый. 2019. № 2.1 (240.1). С. 44-46.

REFERENCES

1. Gluzman Zh.M. Nejropsikhologicheskoe obsledovanie. Kachestvennaya i kolichestvennaya ocenka danny`kh. Uchebnoe posobie. Saratov: E`lektronno-bibliotechnaya sistema IPRbooks, 2013. 263 s.

2. Gromova M.O., Gorbachevskaya N.L., Mamokhina U.A., Danilina K.K. Svyaz` sensorного profilya s povedencheskimi problemami i psikhofiziologicheskimi markerami u detej mladshego shkol`nogo vozrasta s RAS // Autizm i narusheniya razvitiya. 2021. T. 19. # 4. S. 5–14. doi:10.17759/autdd.2021190401

3. Gulyaeva M.A., Efremova N.M., Py`laeva N.M., Khoty`leva T.Yu. E`ffektivnoe vzaimodejstvie pedagoga i nejropsikhologa v inklyuzivnoj obrazovatel`noj srede. Diagnosticheskij e`tap. Chast` 2 // Autizm i narusheniya razvitiya. 2020. T. 18. # 2. S. 41–48. doi: 10.17759/autdd.2020180206

4. Donina I.A., Alekseeva O.V., Kirinczeva M.A. Formirovanie prostranstvenny`kh predstavlenij mladshikh shkol`nikov s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya // Pedagogicheskij vestnik. 2020. # 12. S. 21-23. EDN XTEWUU

5. Karimulina E.G., Khlyustova N.G. Napravlennost` vnimaniya u detej s RAS // Autizm i narusheniya razvitiya. 2020. T. 18. # 4. S. 33–42. doi:10.17759/autdd.2020180404

6. Klyushnik T.P., Androsova L.V., Simashkova N.V., Zozulya S.A., Otman I.N., Koval`-Zajczev A.A. Sostoyanie vrozhdennogo i priobretennogo immuniteta u detej s psikhoticheskimi formami rasstrojstv autisticheskogo spektra. Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2011;111(8):41 45.

7. Lebedinskij V.V. Narushenie psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste. M.: Akademiya; 2003. 144 s.

8. Mamajchuk I.I., Ul`d Semeta M.B. Osobennosti sensorно-perceptivny`kh funkczij u detej s rasstrojstvom autisticheskogo spektra na modeli izucheniya gapticheskogo i zritel`nogo vospriyatiya // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya. 2020. T. 10. # 3. S. 261–273. doi:10.21638/spbu16.2020.304

9. Poletaev, A.B., Shenderov B.A. Autizm i autoimmunitet: genetika ili e`pigenetika? // Klinicheskaya patofiziologiya. 2016. T. 22. # 4. S. 17-25. EDN YHGMNR.

10. Penczak, Yu.Yu. Prostranstvennoe vospriyatie u detej mladshego shkol`nogo vozrasta s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya: vy`pusknaya kvalifikacionnaya rabota: Magisterskaya dissertacziya. M.: Moskovskij gosudarstvenny`j psikhologo-pedagogicheskij universitet, 2023. 130 s.

11. Ry`chkova O.V., Kholmogorova A.B. Koncepzcziya «soczial`nogo mozga» kak osnovy` sozcial`nogo poznaniya i ego narushenij pri psikhicheskoy patologii. Chast` I. Koncepzcziya «Soczial`ny`j mozg» - produkt sovremennoj nejronauki // Kul`turno-istoricheskaya psikhologiya. 2012. # 3. S. 86-94. EDN PSCKXB.

-
12. Semago N.Ya. Sovremennyye podkhody k formirovaniyu prostranstvennykh predstavlenij u detej kak osnovnykh kompensaczii trudnostej osvoeniya programmy nachalnoj shkoly // Defektologiya. 2000. # 1. S. 12-18.
13. Semenovich A.V. Vvedenie v nejropsikhologiyu detskogo vozrasta: Uchebnoe posobie. M.: Genezis, 2005. 319 s.
14. Sensornyye osobennosti detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra. Strategii pomoshhi: Metodicheskoe posobie / N.G. Manelis, Yu.V. Nikitina, L.M. Ferroi [i dr.]. Pod obshh. red. A.V. Khaustova, N.G. Manelis. M.: Moskovskij gosudarstvennyj psikhologo-pedagogicheskij universitet, 2018. 70 s. ISBN 978-5-94051-181-6. EDN PNRIOH/
15. Shebotinova E.A. Osobennosti zritel'nogo vospriyatiya v mladshem shkol'nom vozraste // Molodoj uchenyj. 2019. # 2.1 (240.1). S. 44-46.
16. Kilroy E, Aziz-Zadeh L, Cermak S. Ayres Theories of Autism and Sensory Integration Revisited: What Contemporary Neuroscience Has to Say. Brain Sciences. 2019; 9(3):68
17. Stevenson RA, Segers M, Ncube BL, Black KR, Bebko JM, Ferber S, Barense MD. The cascading influence of multisensory processing on speech perception in autism. Autism. 2018 Jul;22(5):609-624. doi: 10.1177/1362361317704413. Epub 2017 May 15. PMID: 28506185.

Yu.Yu. Pentsak, A.I. Khromov

DYNAMICS OF SPATIAL PERCEPTION

IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN WITH ATYPICAL AUTISM

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article describes the dynamics of spatial perception of primary school children with atypical autism. We took into account the factors of age and corrective action. Clinical and control groups were studied. To assess the dynamics of three diagnostic points using a battery of neuropsychological techniques. We have identified mobile parameters common to both groups and correction-resistant parameters characteristic of children with atypical autism.

Keywords: children neuropsychology; spatial perception; primary school children; atypical autism.

ИСКАЖЕННЫЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ**КАК ПРЕДИКТОР АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

¹Оренбургский государственный медицинский университет,
²Оренбургский областной клинический наркологический диспансер,
³Психотерапевтический центр Оренбургской областной психиатрической больницы № 2 (Оренбург).

Резюме. Установлено 2 типа межличностных взаимоотношений, которые могут являться предикторами (факторами риска) аддиктивного поведения: деструктивная созависимость, формирующая стиль поведения, направленный на употребление психоактивных веществ (ПАВ), связанный с влиянием друзей и с последующими неприятностями (преобладание экстернальных проявлений); дисфункциональное отделение - контрзависимость, которая приводит к аддиктивному поведению, направленному на употребление ПАВ с целью снять эмоциональное напряжение (преобладание интернальных проявлений), нередко в одиночестве. Здоровая нормативная зависимость предрасполагает к употреблению ПАВ в социально понятных и социально приемлемых формах, что можно считать фактором протекции.

Ключевые слова: подростки, психоактивные вещества, заболеваемость, связанная с употреблением психоактивных веществ, межличностная зависимость, подростковая депрессия, тревожность, факторы риска и защиты аддиктивных форм поведения.

Введение. Исследования показали, что дисфункциональные семейные отношения ассоциируются с изменением функционирования мозга членов семьи. Была обнаружена значительная отрицательная связь между созависимостью и активацией левого дорсомедиального отдела префронтальной коры (ПФК) в ответ на изображения любимого человека, употребляющего ПАВ. Таким образом, члены семьи, испытывающие созависимость, могут быть ограничены в эффективном реагировании на своего близкого человека [20]. Было показано, что наиболее надежными коррелятами воздействия серьезных родительских словесных оскорблений являются нарушения целостности нижнего продольного пучка, соединяющего височную и затылочную долю коры больших полушарий, миндалевидное тело и гиппокамп, предполагающие изменения долгосрочной эмоциональной образной памяти, эмоционально-мотивированного поведения и вегетативной регуляции [14, 16]. Найдены нейробиологические доказательства сходства последствий употребления ПАВ и психотравмирующих событий детства, одним из факторов которых является проживание в дисфункциональных семьях [15]. Лица, испытавшие тяжелую раннюю социальную депривацию, проявляли сниженную активность аккумбентного ядра полосатого тела во время деятельности, связанной с ожиданием вознаграждения [11, 19]. Миндалевидное тело представляет собой своего рода центр, определяющий общность

нейробиологической основы тревоги и расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и влияющий в отношении растормаживания образований, регулирующих поведение [6].

Перечисленное определяет контекст понимания того, как индивидуальные характеристики (например, возраст, пол, социально-экономический статус, успеваемость учащихся и этническая принадлежность) взаимодействуют с окружением индивида (школой, сообществом, сверстниками и семьями), способствуя развитию девиантного поведения, в том числе, аддиктивного, направленного на поиск событий, компенсирующих эмоциональный, когнитивный, коммуникативный дискомфорт, с возможным последующим предпочтением найденного прежним видам деятельности и формированием зависимости от него.

Проблема поведенческой зависимости существует многие столетия, но изучение ее феноменологии (факторов, предикторов, признаков, типов, последствий) стало наиболее актуальным с приходом новых поведенческих аддикций, не связанных с приемом ПАВ: зависимости от социальных сетей, интернет-зависимости, зависимости от мобильного телефона, зависимости от компьютерных игр, шопинг-зависимости и др [1]. Особое место в ряду поведенческих аддикций занимает межличностная зависимость, в основе которой находится специфическая по качеству и интенсивности связь между людьми - субъектами близких отношений. Как особый вид поведения межличностная зависимость традиционно рассматривается в контексте неблагополучия личности, нарушения ее социальных связей и социальной дизадаптации [1-4]. По мнению П.И. Каменского, «...межличностная зависимость – это расстройство поведения и отношений с фиксацией на окружающих людях или конкретном человеке, в основе которого лежит сильная потребность в определенном лице с целью получения его поддержки и помощи и неспособность индивида к самостоятельному поведению» [2].

Ц.П. Короленко была высказана идея о том, что межличностная зависимость является первичным расстройством, которая при определенных обстоятельствах, связанных с невозможностью ее реализации, трансформируется во вторичные формы зависимости: химическую, пищевую, сексуальную, игровую, и т. д. Более того, механизм лечения вторичных зависимостей предполагает обратное движение от вторичной зависимости к первичной [3].

R.F. Bornstein в когнитивно-интеракционистской модели межличностной зависимости выделил когнитивный, поведенческий и эмоциональный компоненты, а также три типа межличностной зависимости: деструктивную сверхзависимость, дисфункциональное отделение, здоровую зависимость [10]. Здоровая зависимость - это зрелая, активная форма социального поведения субъектов близких отношений, ориентированного на получение поддержки и усиливающего адаптивный потенциал личности. Ее специфичными признаками являются контекстуальная гибкость, симметричность (взаимность).

Деструктивная сверхзависимость - социальное поведение, основанное на ригидном, манипулятивном, невзаимном стремлении к получению помощи и поддержки на фоне постоянного ощущения себя бессильной и несамостоятельной личностью, независимо от конкретной ситуации.

Дисфункциональное отделение - это особенность социального поведения, которая характеризуется неспособностью или нежеланием развивать социальные связи и участвовать в межличностных отношениях, а также использовать подходящее для ситуации аффилиативное поведение [2].

В аспекте личностной патологии актуальным как для наркологии, так и для клинической психологии остается вопрос о связи зависимых (в частности, от ПАВ) форм поведения с наличием черт зависимой личности, а также о возможности прогнозирования формирования зависимости на основе знаний о структуре преморбидной личности [4, 5, 10].

Представляется значимым изучение взаимоотношений в системе «подросток-химическая аддикция» с учетом индивидуальных (эмоциональный дискомфорт, тревожность; поведенческий дискомфорт-агрессивность, стрессоустойчивость) и экологических особенностей (складывающийся стиль межличностных отношений, комфортность коммуникаций на уровне школы и семьи).

Цель исследования: изучение психологических особенностей подростков, однократно/постоянно совершающих употребление ПАВ, приведшее к декомпенсации взаимоотношений с окружающими, и подростков, не имевших такие эксцессы, но не исключающих склонность или латентное присутствие таковых.

Материалы и методы. Проведено сравнительное кросс-секционное исследование. Исследование одобрено локальной этической комиссией ГАУЗ ООКНД (Протокол № 2 от 16.10.2017), локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ (протокол № 12 от 01.02.2020). Исследование проводилось в период с 2017 г. по первый квартал 2020 г. Первый этап (отбор респондентов основной группы) проведен на базе трех общеобразовательных школ г. Оренбурга, включал 120 подростков в возрасте 15-17 лет. Критерии включения: добровольное информированное согласие от подростка и законных представителей; критерии исключения: подростки, имеющие диагнозы по МКБ-10, связанные с расстройствами поведения; хронические психические и соматические заболевания. Второй этап - отбор и исследование респондентов контрольной группы, 120 подростков, проходящих медицинскую реабилитацию в стационарном детско-подростковом отделении ГАУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер». Критерии включения: соответствие состояния рубрике МКБ-10 Z72 «Проблемы, связанные с образом жизни», информированное согласие подростка и его законных представителей; критерии исключения - наличие клинически верифицированной зависимости от ПАВ; хронические психические и соматические заболевания.

Для оценки стиля межличностных отношений использован «Тест профиля отношений» (R.F. Bornstein, 2001, 2003), адаптированный О.П. Макушкиной в 2005 г. Уровень личностной и ситуационной тревожности оценивался с помощью шкалы тревоги Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина. Для оценки уровня агрессивности использован опросник Басса-Дарки, на русском языке стандартизирован А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой в 2005 г. Стрессоустойчивость исследована по методике Бостонского теста стрессоустойчивости, адаптирован Е.М. Черепановой 2002 г. Социальный климат в семье оценен с

помощью шкалы семейного окружения, адаптация С.Ю. Куприянова, 1985 г. Степень адаптации к школе, адаптации к коллективу учителей и учащихся, отношения к труду оценены экспресс-методикой оценки социально-психологического климата в трудовом коллективе - Шкалой коллективного окружения - ШКО (А.С. Михайлюк, Л.Ю. Шарыто, 2010 г.). Экспресс-диагностика алкоголизма и наркомании у подростков - RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble) (Ewing, 1984, модификация А.Ю. Егорова).

Анализ данных выполнен с использованием прикладных программ SPSS - 17v. Для проверки выборки на соответствие закону нормального распределения был использован тест Лиллифорса, являющийся модификацией критерия Колмогорова–Смирнова, использующийся, когда параметры нормального распределения (математическое ожидание и дисперсия) априори неизвестны. Количественные показатели были представлены в виде среднего арифметического значения (M) и стандартного отклонения (CD); статистическая значимость различий двух относительных показателей (частот, долей) оценивалась с помощью критерия согласия Пирсона (χ^2), определен уровень значимости p при пороговом значении 0,05. Для оценки влияния факторов на формирование типов межличностной зависимости проведен линейный регрессионный анализ с определением коэффициента R^2 .

Результаты. Результаты проверки выборки показали, что существует незначительное отличие от нормального распределения: $p=0,292$ при уровне достоверности 0,05, поскольку $p > \alpha$, принимается предположение о том, что распределение данных нормальное.

Влияние социодемографических условий на инициацию употребления алкоголя подростками. Между подростками, обучающимися в общеобразовательной школе и не имеющими проблем образа жизни, связанного с употреблением ПАВ (основная группа ОГ), и подростками, находящимися в стационарном отделении детско-подростковой медицинской реабилитации наркологического диспансера (контрольная группа КГ), по возрасту, полу, проживанию в семьях с низким и средним материальным достатком значимых статистических различий не обнаружено. Достоверные различия между подростками ОГ и подростками КГ были обнаружены по следующим характеристикам семейного статуса: проживание в полных семьях (78% против 12%), проживание с опекунами (2% против 36%), проживание в государственных учреждениях соцзащиты (0% против 28%), то есть можно говорить об относительном благополучии респондентов ОГ и более частом искажении семейной идентичности в КГ наблюдаемых. Статистически значимым оказались распределение результатов оценки регулярности (87% против 54%) и несистематичности (13% против 34%) посещения школьных занятий, что является косвенным свидетельством образовательного благополучия подростков из ОГ и предиктором школьной дизадаптации подростков КГ (табл.1). Достоверно значимы также различия результатов оценки семейных факторов, распространяющих свое влияние на социализацию подростков, таких как материальный доход выше среднего (26% против 8%) и отсутствие членов семьи, употребляющих ПАВ (82% против 62%) (табл.1).

Была предположена гипотеза об отсутствии влияния факторов социального

окружения на раннее употребление алкоголя (уровень значимости p при пороговом значении 0,05, $p < \alpha$ - гипотеза отклоняется), при анализе методом четырехпольных таблиц указанная гипотеза была опровергнута для следующих факторов: возраст 12-16 лет, проживание в полных семьях, проживание в опекунских семьях, проживание в государственных учреждениях, удовлетворительный и высокий уровень материального обеспечения, формы обучения, взаимодействия с образовательными учреждениями, употребление ПАВ родителями/опекунами ($p < \alpha$), но подтверждена для факторов старшего возраста 16-17 лет, пола, проживания в семье с одним родителем.

Таблица 1.

Социодемографическая характеристика групп исследования

	Основная группа (120) n (%)	Контрольная группа (120) n (%)	
возраст			
14-15	41 (34,1)	60 (50)	p-value $< \alpha$
15-16	41 (34,7)	58 (48,3)	p-value $< \alpha$
16-17	12 (10)	3 (2,5)	0.769
пол			
Женский	50 (41,6)	40(33,3)	0.05281
Мужской	70 (58,3)	8 (66,7)	0.05281
Статус родительской семьи			
Полная семья	94 (78,3)	44 (12,6)	p-value $< \alpha$
Один родитель	24 (20)	29 (24,2)	0.2863
Проживание с опекунами	2 (2,5)	43 (35,8)	p-value $< \alpha$
Проживание в госучреждении	0	6 (5)	p-value $< \alpha$
Образование			
Основная школа/регулярное посещение	104 (86,7)	63 (53,3)	p-value $< \alpha$
Основная школа/ периодическое посещение	16 (13,3)	41 (34,7)	p-value $< \alpha$
Домашнее обучение	0	10 (8,3)	p-value $< \alpha$
Обучение по адаптированной программе	0	5 (4,17)	p-value $< \alpha$
Материальный доход на члена семьи			
Ниже прожиточного минимума (менее 11303 руб)	3(2,5)	10 (8,3)	p-value $< \alpha$
В рамках прожиточного минимума (11-15 тыс.руб)	86 (71,6)	101 (84,2)	p-value $< \alpha$
Выше прожиточного минимума (выше 11303 руб)	31 (25,8)	10 (8,3)	p-value $< \alpha$
Употребление ПАВ родителями/опекунами	22 (18,3)	46 (38,3)	p-value $< \alpha$

Влияние психологических особенностей на инициацию употребления подростками алкоголя по данным психометрических методик. Включенные в исследование пациенты значительно отличались по результатам оценки риска развития аддиктивного поведения по шкале RAFFT (сомнительная вероятность в ОГ 0.956 (M) против высокой вероятности в КГ 2.56(M)) (табл. 2). При анализе профиля взаимоотношений по шкале R.F. Vornstein группы респондентов значительно отличались по распределению признаков деструктивной зависимости (среднее в ОГ 28.7 против 45.2 в КГ), признаков здоровой (нормативной) зависимости (M36.7 против M18.5 соответственно) (табл. 2). Выявлены значимые различия в оценках семейных отношений среди подростков, проходящих медицинскую реабилитацию (M 24,9 из 96 возможных баллов) и среди подростков, обучающихся в общеобразовательной школе (M 53.09) (табл. 2).

Показатели уровня тревожности и агрессивности были выражены умеренно и между группами не отличались. Достоверный уровень отличий не обнаружен в результатах оценки взаимоотношений в школе/школьного взаимодействия (ШКО), в целом абсолютные показатели можно считать средними, подростки из общеобразовательных школ, показали более высокий средний показатель. (табл. 2).

Таблица 2.

Результаты психометрической оценки респондентов

Шкалы/субшкалы*	Основная группа		Контрольная группа		χ^2
	M	CD	M	CD	
RAFFT	0.956	0.196	2.56	0.411	$p < \alpha$
Relax	0,128	0,436	0,681	0,512	$p < \alpha$
Alone	0,240	0,402	0,467	0,507	.005796
Friends	0,112	0,218	0,218	0,512	$p < \alpha$
Family	0,335	0,218	0,460	0,444	$p < \alpha$
Trouble	0,141	0,402	0,230	0,410	$p < \alpha$
Деструктивная созависимостьRTF	28,7	11,79	45,2	2,34	$p < \alpha$
Дисфункциональное отделениеRTF	32,6	2,11	39,4	2,47	$p < \alpha$
Здоровая зависимостьRTF	36,7	1,81	18,5	0,71	$p < \alpha$
STAI	39,09	12,3	36,4	10,34	$p < \alpha$
BDHI	38.63	14.72	38.63	13.01	.8058
STB	44.04	15.89	44.86	14.46	.6743
FES	53.09	11.32	24.9	9.21	$p < \alpha$
ШКО	39,2	16.52	31,22	8.84	$p < \alpha$

*RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble); RTF(Relationship Profile Test; STAI (State-Trait Anxiety Inventory - шкала тревоги Спилберга); BDHI (Buss-Durkee Hostility Inventory - опросник агрессивности Басса-Дарки); STB (Stress Testing Laboratories at Boston Medical Center - методика Бостонского теста стрессоустойчивости); FES (Family Environmental Skale); ШКО (Шкала коллективного окружения).

Была предположена гипотеза о отсутствии влияния психологических факторов на раннюю инициацию употребления алкоголя (уровень значимости p при пороговом значении 0,05, $p < \alpha$ -гипотеза отклоняется), при анализе методом четырёх-польный таблиц указанная гипотеза для факторов: стрессоустойчивость, агрессивность, мотивация к употреблению алкоголя с целью преодолеть одиночество была подтверждена. Опровержение гипотезы позволяет утверждать, что с возникновением ранних форм инициации употребления алкоголя связаны такие мотивации, как желание расслабиться, провести время в компании друзей, наличие в семье родственников, зависимых от алкоголя. Обнаруживается влияние тревожности, неблагоприятная оценка членов семьи, низкий уровень коллективного признания. Способствуют также ранним пробам алкоголя не только искаженные межличностные отношения по типу дисфункционального отделения, воспитание в созависимых отношениях по деструктивному типу, но и объективная зависимость от родителей.

Анализ взаимосвязи типов межличностных отношений и признаков аддиктивного поведения. При проведении линейного регрессионного анализа с использованием в качестве изменяемых переменных факторов склонности к аддиктивному поведению (RAFFT) было установлено, что профиль межличностных отношений по типу «деструктивная созависимость», имеет сильную обратную линейную взаимосвязь с фактором аддиктивного поведения «наличие в окружении друзей, употребляющих ПАВ (Friends)». Но прямая сильная линейная взаимосвязь отмечена с фактором «наследственная отягощенность» (Family) и умеренная прямая линейная связь с фактором «неприятности вследствие употребления ПАВ) (Trouble). Деструктивная созависимость не влияет на гедоническую (Relax) и атарктическую (Alone) мотивацию употребления ПАВ (незначимая линейная связь употребления ПАВ в компаниях с коммуникативной целью и в одиночестве с целью улучшить эмоциональное состояние).

Тип межличностных отношений «дисфункциональное отделение» значимо влияет на атарктические мотивы (Alone) употребления ПАВ и имеет незначительное влияние на формирование гедонической мотивации (Relax) употребления ПАВ. Данный тип межличностных отношений незначительно связан с наследственной отягощенностью. Также умеренная связь отмечается с переменной, определяющей неприятные последствия употребления ПАВ.

Здоровая (нормативная зависимость) определяет в большей мере социально-психологическую (традиционную) и гедоническую мотивацию (Relax) употребления ПАВ, отсутствуют значимые взаимосвязи с другими компонентами формирования рискованного аддиктивного поведения (табл. 3).

Таблица 3.

Влияние типов межличностных отношений на компоненты аддитивного поведения

Переменные	Relax R^2	Alone R^2	Friends R^2	Family R^2
Деструктивная созависимость	-0,019	-0,041	-0,965	0,954
Дисфункциональное отделение	0,202	0,936	-0,099	0,286
Нормативная зависимость	0,975	0,274	-0,067	0,019

Анализ взаимосвязи типов межличностных отношений и психологических свойств подростков. При изучении взаимосвязи типов межличностных отношений и экстернальных/интернальных характеристик респондентов установлено: семейное благополучие имеет обратную сильную линейную связь с деструктивной созависимостью, тревожность оказывает сильное прямое воздействие на формирование деструктивной созависимости. Дисфункциональное отделение имеет обратную линейную связь с характеристиками семейных отношений, прямую линейную связь с уровнем агрессивности и с уровнем стрессоустойчивости.

Здоровая (нормативная) зависимость связана прямой линейной зависимостью с семейным благополучием и успешным школьным обучением (табл. 4).

Таблица 4.

Взаимосвязь субшкал межличностной зависимости с внешними и внутренними предикторами аддиктивного поведения

Переменные	FES R ²	BDHI R ²	STAI R ²	STB R ²	ШКО R ²
Деструктивная созависимость	- 0.946	0.151	0.829	-0.232	0.113
Дисфункциональное отделение	-0,947	0.757	-0.093	0.811	0.016
Нормативная зависимость	0,956	-0.449	-0.085	0.296	0.907

Обсуждение. В данном исследовании рассмотрено формирование такой черты личности подростка, как склонность к аддиктивному, направленному на употребление ПАВ поведению под влиянием детского опыта взаимодействия со взрослыми, родителями, опекунами, сотрудниками образовательных организаций.

В нашем исследовании, было показано, что развитие в условиях сложившихся семейных отношениях по типу деструктивной зависимости, которая приводит к социальному поведению, основанному на ригидном, манипулятивном, невзаимном стремлении к получению помощи и поддержки на фоне постоянного ощущения себя бессильной и несамостоятельной личностью, статистически связано с ранним, в подростковом возрасте, употреблением алкоголя. Было обнаружено, что подростки, употребляющие ПАВ на регулярной основе, имеют более низкий социально-экономический статус. Семьи с более низкими доходами часто живут в районах, где уровень преступности и бедности выше, ресурсы сообщества минимальны, а дети учатся в школах низкого качества [17]. Однако анализ сопряженности выявил также, что и высокий материальный статус не является гарантией воздержания от проб алкоголя в подростковом возрасте. Несмотря на то, что экономический стресс снижает способность родителей поддерживать и заботиться о детях среди необеспеченных слоев, родительские примеры девиантного поведения и в материально благополучном обществе могут влиять на восприятие подростками того, что этот тип поведения является нормой [9]. Этим фактом также можно объяснить статистически доказанную связь между здоровой зависимостью от родителей и ранней первой пробой алкоголя у респондентов КГ. Представления подростков о распространенности девиантного поведения важны, поскольку подростки, которые переоценивают количество употребления ПАВ и курения сигарет, с большей вероятностью будут принимать участие в таком поведении [12].

Также мы обнаружили, что подростки, не употребляющие ПАВ, имеют более

лояльные отношения с коллективом учебных заведений и более высокую результативность обучения. L.H. Weiss, J.C. Schwarz постулируют, что подростки, которые хорошо учатся в школе и видят ценность в обучении, с меньшей вероятностью увеличат потребление ПАВ по сравнению с теми, кто меньше озабочен своей успеваемостью. Подростки, которые сообщают, что они ходят в школу, потому что им это нравится, ценят свой опыт и ожидают продолжения образования, скорее всего, избегают выбора, который ставит под угрозу их шансы на успех в школе [18].

В нашем исследовании мы не обнаружили достоверных различий между оценкой семейных отношений в группе благополучных «домашних» подростков и в группе, включавших детей, проживающих с опекунами и в детских домах. В настоящее время накоплено много данных о провоцирующем влиянии родительского надзора. Известно, что подростки ревностно относятся к попыткам вмешательства в их личную жизнь и не любят, когда родители слишком навязывают им свое общество [9]. Имеются сведения о том, что влиянию друзей больше подвержены подростки, чрезмерно контролируемые родителями [8]. Можно полагать, что усиление связей с «употребляющими» сверстниками является в данном случае своего рода «протестной реакцией». Следует подчеркнуть, что, в отличие от чрезмерных расспросов, такие компоненты родительского надзора, как наличие четких, непротиворечивых правил поведения и контроль за их соблюдением, препятствуют вовлеченности подростков в употребление ПАВ и снижают вероятность наличия друзей, употребляющих ПАВ [9, 11].

В исследовании были выявлены прямые линейные связи между формой созависимых отношений по типу дисфункционального отделения и такими поведенческими характеристиками, как агрессивность и высокая стрессоустойчивость. Дисфункциональное отделение можно охарактеризовать как состояние, противоположное созависимости, - контрзависимость. Человек, имеющий контрзависимые черты, производит впечатление сильного, самоуверенного и успешного. Такой человек может хорошо продвигаться в карьере, бизнесе, профессии, но терпеть неудачи в личных отношениях, так как постоянно отталкивает других, не обращает внимания на переживания партнера, чрезмерно увлекается своими делами в ущерб отношениям, постоянно обвиняет других в своих проблемах. Начиная с подросткового возраста созависимость в отношениях с матерью становится причиной аутоагрессии, аддиктивного поведения, алкоголизации и наркотизации, в то время как контрзависимый тип привязанности к матери является источником открытой агрессии - девиантных и делинквентных отклонений в развитии личности [7]. Аналогичные подтверждающие результаты были получены при изучении взаимосвязи дисфункционального отделения и внутрисемейных отношений, агрессивности и стрессоустойчивости. В.Д. Менделевич и О.П. Макушина в исследовании зависимости от родителей подростков с опиатной и алкогольной зависимостью установили: чем сильнее оказывается зависимость от родителей, тем выраженнее склонность к наркозависимому поведению и меньше склонность к алкогольной зависимости. Авторы предполагают, что эти зависимости, несмотря на их принципиальную конгруэнтность, имеют различные механизмы формирования: патологически зависимый человек (с наркологическим заболеванием) ищет в наркотике объект,

замещающий родителя, а для стремящегося к независимости алкоголь - это способ достичь относительной свободы за счет ослабления внутреннего контроля [4].

Заклучение. Типы межличностных взаимоотношений могут являться предикторами (факторами риска) аддиктивного поведения, формируясь на основе суммации компонентов тревожности, агрессивности, колебания стрессоустойчивости, и проявляться: вариантом деструктивной созависимости, формирующей стиль поведения, направленный на употребление ПАВ, связанное с влиянием друзей и с последующими неприятностями (преобладание экстернальных проявлений); вариантом дисфункционального отделения, или контрзависимостью, которое приводит к аддиктивному поведению, направленному на употребление ПАВ с целью снять эмоциональное напряжение (преобладание интернальных проявлений), нередко в одиночестве.

Однако под влиянием благополучных внутрисемейных и школьных отношений формируется здоровая нормативная зависимость от родителей, принятие их правил и привычек. В данных рамках возможна контролируемая со стороны родителей ранняя проба алкоголя, которая предрасполагает к употреблению ПАВ в социально понятных и социально приемлемых формах. Данное наблюдение можно считать фактором протекции от употребления алкоголя в депривированных условиях, но не гарантией формирования зависимости в более позднем возрасте.

К данным результатам мы пришли в результате сравнения психологических особенностей подростков, однократно/постоянно совершавших употребление ПАВ, приведшее к декомпенсации взаимоотношений с окружающими, и подростков, не имевших такие эксцессы, но не исключавших склонность или латентное присутствие таковых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции: вопросы типологии, диагностики и классификации зависимости // Вопросы наркологии. 2020. № 4(187). С. 7-23.

2. Каменский П.И., Сапоровская М.В. Совладающее поведение как предиктор межличностной зависимости в близких отношениях // ОмГУ.2021 № 1. элURL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovladayuschee-povedenie-kak-prediktormezhlichnostnoy-zavisimosti-v-blizkih-otnosheniyah> (дата обращения: 26.07.2022).

3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 460 с.

4. Менделевич В.Д., Макушина О.П. Связь алкогольной и наркотической зависимости у подростков с характером их отношений с родителями // Ж. неврол. и психиатр им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013. 113(612). С. 72-74.

5. Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Современные взгляды на феномен созависимого поведения при алкогольной зависимости (обзор литературных данных) // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2011. Т. 19, № 3. С. 136–141. DOI: 10.17816/PAVLOVJ20113136-141

6. Сиволап Ю.П. Лечение тревожных расстройств у пациентов, злоупотребляющих алкоголем.// Ж. неврол. и психиатр. им.С.С. Корсакова. 2018. Т. 118 (Вып. 2). С. 34-38.

7. Суворова О.В., Черемисова И.В., Мамонова Е.Б. Привязанность к матери как фактор Я-концепции подростка // Вестник Мининского университета. 2016. № 2 (15). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/privyazannost-k-materi-kak-faktor-yakontseptsii-podrostka> (дата обращения: 29.07.2022).

REFERENCES

1. Egorov A.Yu. Nekhimicheskie (povedencheskie) addikcii: voprosy` tipologii, diagnostiki i klassifikacii zavisimosti // Voprosy` narkologii. 2020. # 4(187). S. 7-23.

2. Kamenskij P.I., Saporovskaya M.V. Sovladayushhee povedenie kak prediktor mezhlichnostnoj zavisimosti v blizkikh otnosheniyakh // OmGU.2021 # 1. e`URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovladayuschee-povedenie-kak-prediktormezhlichnostnoy-zavisimosti-v-blizkikh-otnosheniyah> (data obrashheniya: 26.07.2022).

3. Korolenko Cz.P., Dmitrieva N.V. Socziodinamicheskaya psikhatriya. M.: Akademicheskij Proekt, Ekaterinburg: Delovaya kniga, 2000. 460 s.

4. Mendelevich V.D., Makushina O.P. Svyaz` alkogol`noj i narkoticheskoy zavisimosti u podrostkov s kharakterom ikh otnoshenij s roditelyami // Zh. nevrol. i psikhiatr im. S.S. Korsakova. Speczvy`puski. 2013. 113(612). S. 72-74.

5. Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Sovremennye` vzglyady` na fenomen sozavisimogo povedeniya pri alkogol`noj zavisimosti (obzor literaturny`kh danny`kh) // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik im. akademika I.P. Pavlova. 2011. T. 19, # 3. S. 136–141. DOI: 10.17816/PAVLOVJ20113136-141

6. Sivolap Yu.P. Lechenie trevozhny`kh rasstrojstv u paczientov, zloupotrebyayushhikh alkogolem.// Zh. nevrol. i psikhiatr. im.S.S. Korsakova. 2018. T. 118 (Vy`p. 2). S. 34-38.

7. Suvorova O.V., Cheremisova I.V., Mamonova E.B. Privyazannost` k materi kak faktor Ya-konczeptsii podrostka // Vestnik Mininskogo universiteta. 2016. # 2 (15). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/privyazannost-k-materi-kak-faktor-yakontseptsii-podrostka> (data obrashheniya: 29.07.2022).

8. Arefi M., Navabinezhad S., Sanai B. Investigation of the relationship between attachment styles and friendship quality // Counseling Research and Development. 2006.5(18):9–31.

9. Barber B.K. Parental psychological conrol: Revisiting a neglected construct // Child Development. 1996.67(6):3296–3319.

10. Bornstein R.F. The complex relationship between dependency and domestic violence: converging psychological factors and social forces // American Psychologist. 2006.61(6):595–606.

11. Callaghan B.L, Sullivan R.M, Howell B., Tottenham N. The international society for developmental psychobiology Sackler symposium: early adversity and the maturation of emotion circuits—a cross-species analysis. // Dev Psychobiol. 2014.56:1635–1650. <https://doi.org/10.1002/dev.21260>

12. Caron A, Weiss B, Harris V, Catron T. Parenting behavior dimensions and child psychopathology: Specificity, task dependency, and interactive relations // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2006.35:34. 13.

13. Dear E.G., Roberts C.M., Lange L. Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. In: Shohov SP, ed. // Advances in Psychology Re-

search. New York: Nova Science Publishers, Inc.. 2005.89–206.

14. Koob G.F., Volkow N.D. Neurocircuitry of addiction. // *Neuropsychopharmacology*. 2010.35(1):217–238. <https://doi.org/10.1038/npp.2010.4>

15. Pechtel P, Lyons-Ruth K, Anderson C.M, Teicher M.H. Sensitive periods of amygdala development: the role of maltreatment in preadolescence. // *Neuroimage*. 2014.97:236–244. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.04.025>

16. Sheridan M.A., Fox N.A., Zeanah C.H., McLaughlin K.A., Nelson C.A. 3rd Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood // *Proc Natl Acad Sci USA*. 2012.109(32):12927–12932. <https://doi.org/10.1073/pnas.120004110>

17. Vederhus J.K., Kristensen O., Timko C. How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? // *Qual Life Res*. 2019 Aug.28(8):2161-2170. doi: 10.1007/s11136-019-02169-x. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30895489; PMCID: PMC6620238

18. Weiss L.H., Schwarz J.C. The relationship between parenting types and older adolescents 'personality academic achievement, adjustment and substance use. // *Child Dev*. 1996.67(5): 2101-14. PMID: 9022232.

19. Whittle S, Dennison M, Vijayakumar N, Simmons JG, Yucel M, Lubman D.I, Pantelis C, Allen N.B. Childhood maltreatment and psychopathology affect brain development during adolescence // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013.52(9):940–952. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.06.007>

20. Zielinski M., Bradshaw S., Mullet N., Hawkins L., Shumway S. Codependency and prefrontal cortex functioning: preliminary examination of substance use disorder impacted family members// *American Journal on Addictions* 2019. 28(5): 367-375 ISSN/ISBN: 1055-0496 PMID: 31090992 DOI: 10.1111/ajad.12905

E.A. Katan¹, E.V. Bulycheva¹, V.V. Karpets², N.Yu. Bueva³
DISTORTED INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

AS A PREDICTOR OF ADDICTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS

¹Orenburg State Medical University, ²Orenburg Regional Clinical Narcological Dispensary, ³Psychotherapeutic Center of the Orenburg Regional Psychiatric Hospital (Orenburg).

Summary. There are 2 types of interpersonal relationships that can be predictors (risk factors) of addictive behavior - destructive codependency, which forms a style of behavior aimed at the use of surfactants associated with the influence of friends and subsequent troubles (predominance of external manifestations); a variant of dysfunctional separation, or counter-dependence, which leads to addictive behavior aimed at the use of surfactants in order to to relieve emotional tension (the predominance of internal manifestations), often alone. Healthy regulatory dependence predisposes to the use of surfactants in socially understandable and socially acceptable forms, which can be considered a factor of patronage.

Keywords: adolescents, psychoactive substances, morbidity associated with the use of psychoactive substances, interpersonal dependence, adolescent depression, anxiety, risk factors and protection of addictive behaviors

**НИЗКАЯ САМООЦЕНКА ВНЕШНОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ:
СЕМЕЙНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
И ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

¹Рязанский государственный университет им. С.А. Есенина (Рязань),
²Московский государственный психолого-педагогический университет
(Москва).

Резюме. Представлены семейные и индивидуально-личностные особенности девочек-подростков с низкой самооценкой внешности по шкале самооценки Дембо-Рубинштейн. Применение логистического регрессионного анализа (критерий Вальда–W) позволило выявить и ранжировать вероятные предикторы низкой самооценки внешности. Среди них наибольшую прогностическую вероятность (при $p=0,000$) имеют: неуверенность в себе ($W=25,2$); средняя самооценка ($W=23,55$); неудовлетворенность телом ($W=23,21$); алекситимия ($W=16,67$); негативная эмоциональность ($W=16,56$); враждебность матери ($W=12,64$); неудовлетворенность семейными отношениями ($W=12,02$). Значимыми протекторами низкой самооценки внешности девочек являются автономность ($W=13,09$) и позитивный интерес матери ($W=12,42$). Кроме того, низкая самооценка внешности может рассматриваться как значимый предиктор риска расстройств пищевого поведения ($W=6,82$, $p=0,009$).

Ключевые слова: самооценка внешности, образ тела, девочки-подростки, семья, индивидуально-личностные особенности, риск расстройств пищевого поведения.

Введение. Существенные физиологические изменения, происходящие в период полового созревания, могут стать для подростка причиной беспокойства относительно своей внешности. В исследовании выборки 2406 подростков внешность оценивается как наиболее значимая характеристика по сравнению со школьной успеваемостью, семьей, едой, деньгами, физическими упражнениями, друзьями и просмотром телевизионных программ [36]. Подростки связывают свой внешний облик с самооценкой: когда они ощущают, что хорошо выглядят, то нравятся самим себе, чувствуют себя более уверенно, а недовольные своей внешностью испытывают чувства злости и нелюбви к самому себе [16]. Судя по результатам метаанализа, женщины проявляют больше недовольства своим телом, чем мужчины [26]. Главными мишенями недовольства являются живот, бедра, ягодицы, общий вес и фигура [40].

Отечественные исследования также свидетельствуют, что среди неклинической популяции есть девушки, которые не удовлетворены своим телом, испытывают болезненное беспокойство по поводу веса, прибегают к диетам при нормативных показателях индекса массы тела (ИМТ) [1, 7, 11, 12, 15].

Широкое распространение недовольства своим телом среди женщин в развитых странах привело к возникновению понятия «нормативное недовольство»

[37], однако это не всегда влечет за собой негативные последствия, в том числе расстройства пищевого поведения (РПП), что говорит о существовании определенных факторов защиты [цит. по 16]. К таковым могут быть отнесены благоприятные индивидуально-личностные черты или факторы среды, препятствующие развитию негативной симптоматики [2, 11, 13, 24, 27, 29, 35, 39]. Например, в качестве протектора развития недовольства своим телом может выступать такая личностная характеристика, как самосострадание (self-compassion), т. е. внимательное отношение к своему эмоциональному состоянию и умение поддержать себя в трудный жизненный период [27].

В исследованиях связи негативного образа тела и РПП широко известна модель трехстороннего влияния, в соответствие с которой главными факторами риска являются воздействия СМИ и рекламы, а также ближайшего окружения, в первую очередь родителей и сверстников [21].

Среди семейных факторов, связанных с формированием у подростков недовольности своим телом, можно назвать: дефицит заботы со стороны родителей и низкий уровень контроля [33]; эмоциональную отстраненность и излишнюю строгость [5]; вербальные оскорбления [32] и неприятие со стороны отца [13]; гиперопеку и неприятие со стороны обоих родителей [27]; фиксацию родителей на внешнем облике детей [23-25, 29-32, 40]. Семейные установки, связывающие стройную фигуру с залогом успеха в жизни [7] и собственная модель поведения родителей, подчеркивающая важную роль внешности [7, 32, 34], также могут оказывать негативное влияние на отношение подростка к своему телу. Неблагоприятный семейный климат негативно влияет на эмоциональное отношение подростков к себе, что, в свою очередь, способствует формированию недовольства своим телом [цит. по 16, 18, 30, 39]. Авторитарные родители, использующие в своей воспитательной практике жесткий контроль и подчинение, с редкими проявлениями нежности, понимания и сочувствия к детям могут привести к отчаянию, низкой самооценке и психическим расстройствам [9, 20].

Рассматривая относительный вклад отцов и матерей в развитие негативного образа тела у подростков, можно отметить, что девочки более чувствительны к поведению матерей, а мальчики – отцов, либо влияние матерей сильнее, независимо от пола ребенка [4]. Более того, хорошие отношения с матерью улучшают самочувствие дочери, даже когда дочь негативно относилась к своему телу [29, 39]. Отмечается, что поведенческая модель матери, касающаяся ее тревожного отношения к еде и собственному весу, может прямо или косвенно провоцировать развитие негативных установок девочки-подростка по отношению к своему телу [7, 23, 34].

Были выявлены и противоположные стратегии матерей, защищающие от формирования негативного образа тела у дочерей: 1) *фильтрация* – осторожность и деликатность матери в высказываниях и поведении относительно веса, размеров тела и питания (даже когда матери сидели на диете, их дочери об этом не знали); 2) *информирование* о негативных последствиях расстройств пищевого поведения; 3) *позитивное подкрепление* – принятие образа тела своих дочерей через высказывания и физические прикосновения (объятия, поцелуи); 4) *об-*

суждение – обучение матерями своих дочерей критически воспринимать сообщения от социума относительно стандартов красоты, еды и полноты тела; 5) *позитивность* - смещение акцента с питания как способа контролировать свой вес на получение удовольствия от еды и здоровый выбор качественных и разнообразных продуктов [35].

Исследования, касающиеся роли отца, немногочисленны. Отмечается, что эмоционально-негативный образ отца связан с негативной самооценкой и ощущением собственной неэффективности у дочерей [6]. Чем лучше дочь оценивает образ отца, тем выше ее самооценка, симпатия к себе, самопринятие, уверенность, причем важное значение имеет общение отца с дочерью в детском возрасте [2]. Отцы, приучающие дочерей к заботе о здоровье и красоте своего тела, а также транслирующие собственную приверженность здоровому образу жизни, способствуют формированию у дочерей позитивного образа тела [13]. С позиций психоаналитического подхода, фигура сильного отца помогает девочке осознать свою женственность и принять женскую половую роль [17].

Некоторые индивидуально-личностные особенности подростков также связаны с развитием негативного образа тела и нарушений пищевого поведения. К таковым относятся: перфекционизм [11, 28, 41, 43], алекситимия [8, 11, 28, 44], негативная эмоциональность [11, 22], низкая самооценка [11, 22, 41], неверие в свои силы [11]. Недавнее исследование иранских ученых показало, что негативные эмоциональные состояния враждебности и стыда могут способствовать развитию РПП [38]. Исследователи из Восточной Германии связывают высокий уровень внутреннего напряжения (состояние сильного эмоционального возбуждения) с развитием различных форм РПП [45].

Целью настоящего исследования является изучение семейных и индивидуально-личностных факторов риска формирования низкой самооценки внешности у девочек-подростков. Кроме того, мы предполагаем, что низкая самооценка внешности может быть одним из предикторов риска РПП.

Методы. Выборку исследования составили 311 девочек-подростков от 12,2 до 18,3 лет (средний возраст $14,94 \pm 1,59$ лет), учащихся 6-11 классов школ г. Рязани. 97 девочек были обследованы в 2009-2011 гг. и 214 девочек – в 2021-2023 гг. Указанные группы статистически достоверно не отличаются по средним значениям возраста и индекса массы тела (ИМТ).

Одним из условий включения в выборку было значение ИМТ от 14 до 30, поскольку более низкие и более высокие значения ИМТ попадали в зону выбросов. Среднее значение ИМТ составило $19,78 \pm 2,73$, минимальное и максимальное значения составили 14,3 и 29,1, соответственно. Другим условием включения было наличие согласия на участие в исследовании респондентов и их родителей (законных представителей).

В процессе исследования из выборки были исключены респонденты с заметными выбросами в сторону низкой самооценки внешности.

Процедура и методики исследования. Девочек просили заполнить четыре опросника в бумажном варианте, а также сделать пометки в бланке для изучения самооценки методом Дембо-Рубинштейн. Опросники использовались для оценки

пищевых установок и пищевого поведения, озабоченности весом и образом тела, ряда индивидуально-личностных черт и семейных взаимоотношений.

Был использован следующий диагностический инструментарий:

1) Для оценки риска РПП использовали русскоязычную версию Теста пищевых установок (EAT-26) [12, 14]. Опросник состоит из 26 пунктов, по каждому из которых респондент может выбрать один из шести возможных ответов, от «никогда» до «всегда». Ответы «всегда», «обычно» и «часто» оцениваются в 3, 2, 1 балла соответственно. Остальным ответам — «иногда», «редко» и «никогда» — присваивается значение 0 баллов. Ответы на вопрос 26 оцениваются в обратном порядке. Сумма баллов по опроснику может варьировать от минимального значения 0 баллов до максимального 78 баллов. Для выявления респондентов с возможным риском РПП обычно используют пороговое значение суммарного балла 20 и выше.

2) Шкала признательности телу, направленная на оценку позитивного образа тела (Body Appreciation Scale; BAS), [10, 19, 42] в переводе Т.А. Мешковой при участии О.Б. Бухиной). Шкала имеет 13 пунктов и содержит исключительно позитивные высказывания, касающиеся тела. Варианты ответов «абсолютно верно», «скорее верно», «отчасти верно», «скорее неверно», «абсолютно неверно» соответствуют баллам 5, 4, 3, 2, 1. Высокий суммарный балл отражает наличие позитивного отношения к своему телу.

3) Опросник для оценки факторов риска РПП (ФР РПП) [11, доп.файлы, табл. S1], который включает 55 утверждений, на каждое из которых выбирается один из трех вариантов ответа: «верно», «отчасти верно», «неверно», которые оцениваются баллами 3, 2, 1. Опросник имеет восемь шкал, направленных на оценку ряда личностных черт (перфекционизм, алекситимия, неуверенность в себе, негативная эмоциональность, рискованное поведение), неудовлетворенности своим телом и озабоченности своим весом, и неудовлетворенности взаимоотношениями в семье. По каждой шкале измеряли суммарные баллы.

4) Опросник «Подростки о родителях» (ПоР) в адаптации Л.И. Вассерман, И.А. Горьковой и Е.Е. Ромицыной [3], направленный на оценку восприятия подростком воспитательной практики отца и матери. Опросник, состоящий из 50 высказываний, характеризует поведение родителей. Варианты ответов «да», «частично», «нет» соответствуют количественным оценкам 2, 1, 0. Утверждения формируют 5 шкал: шкала позитивного интереса (POZ), шкала директивности (DIR), шкала враждебности (HOS), шкала автономности (AUT), шкала непоследовательности (NED). Баллы суммируются. Для анализа нами использовались сырые баллы, которые, по мнению авторов, более чувствительны [3].

5) Метод Дембо-Рубинштейн для измерения самооценки. Респондентам предлагалось оценить собственные здоровье, ум, творческие способности, память, привлекательность внешности, уверенность в себе, волю, решительность характера, авторитет среди сверстников, уровень физической подготовки, счастье. Значение самооценки привлекательности внешности рассматривалось как основная зависимая переменная. Дополнительно, как независимая переменная, рассматривалась средняя самооценка по всем остальным шкалам.

б) Девочек также просили указать свой рост и вес. На основании этих данных вычислялись как абсолютные значения ИМТ, так и относительные оценки ИМТ через z-преобразование.

Для статистического анализа данных применялись: описательная статистика, сравнение независимых групп по критерию Манна-Уитни, бинарный логистический регрессионный анализ (критерий Вальда). Наблюдения с отсутствующими данными удалялись. Использовалось программное обеспечение Statsoft Statistica v10.0.

Результаты.

Формирование контрастных групп. В качестве основной зависимой переменной рассматривался уровень самооценки внешности (привлекательная/непривлекательная), полученный методом Дембо-Рубинштейн (100-балльная шкала). При анализе распределения оценок по данной шкале было выявлено несколько выбросов низких значений. Соответствующие респонденты были изъяты из общей выборки. Окончательное распределение оценок внешности представлено на рис. 1. Основные описательные статистики приводятся в табл. 1.

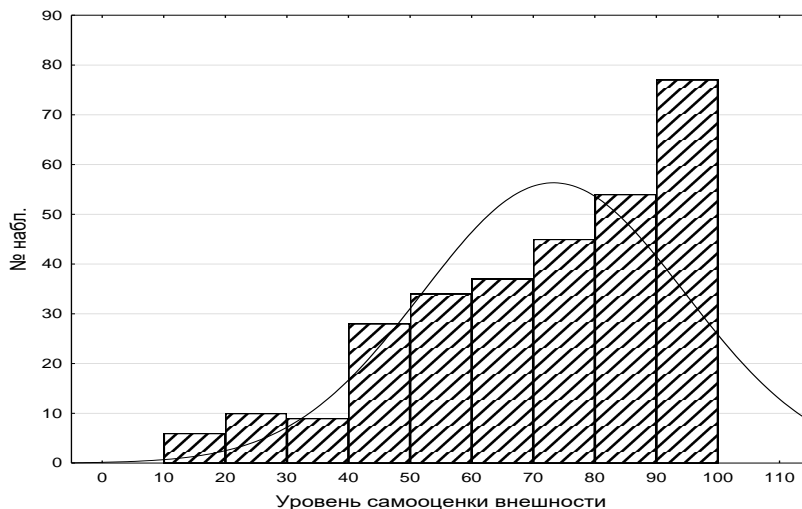


Рисунок 1. Распределение значений самооценки внешности (привлекательная/непривлекательная) среди девочек подростков, учащихся общеобразовательных школ г. Рязани.

Таблица 1.

Описательные статистики по переменным *возраст*, *ИМТ* и *самооценка внешности*

Переменные	N	Mean±SD	Min	Max	Асимметрия	Экссесс
Возраст	331	14,94±1,59	12,16	18,33	0,008	-0,092
ИМТ	331	19,78±2,73	14,29	29,14	0,545	0,320
z-оценка ИМТ	331	-0,206±0,965	-3,19	2,06	-0,086	-0,328
Самооценка внешности	330	72,91±21,24	12	100	-0,718	-0,229

Можно видеть заметную отрицательную асимметрию оценок внешности и наличие большого числа девочек, высоко оценивающих свою внешность (77 человек – 23,3% – поставили оценки от 90 до 100 баллов). Вместе с тем хорошо заметна и группа девочек, поставивших оценки ниже 40 баллов. На основе полученного распределения было принято решение сформировать контрастных группы с крайне высокой (>95баллов) и крайне низкой (<50 баллов) оценкой своей внешности. В результате были сформированы две группы по 39 человек.

Сравнение контрастных групп с высокой и низкой самооценкой внешности. Сравнение выделенных групп по критерию Манна-Уитни позволило выявить ряд статистически значимых различий, которые представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Сравнение контрастных групп девочек-подростков с низкой и высокой самооценкой внешности и результаты бинарного логистического регрессионного анализа

Переменные и размер групп с низкой и высокой самооценкой внешности ($N_{\text{низ}}/N_{\text{выс}}$)	Самооценка внешности				Критерий Манна-Уитни		Критерий Вальда	
	Низ.	Выс.	Низ.	Выс.	U	p	W	p
	Mean±SD		Средний ранг					
Возраст (39/39)	14,4±1,57	15,4±1,74	33,5	45,5	526,5	0,019	5,79	0,016
ИМТ (39/39)	19,66±2,94	19,03±2,33	42	37	663,0	0,332	1,11	0,293
z-оценка ИМТ (39/39)	-0,16±0,98	-0,55±1,03	43,6	35,4	602,0	0,114	2,72	0,099
Отношение к телу								
Позитивный образ тела (BAS) (39/39)	38,8±12,5	56,8±9,1	25,9	53,1	228,5	0,000	22,57	0,000
Озабоченность весом (ФРРПП) (38/38)	16,55±5,50	11,74±3,61	46,5	28,5	370,5	0,000	13,98	0,000
Недовольство телом (ФРРПП) (39/39)	8,92±2,62	4,87±1,79	54,6	24,4	173,0	0,000	23,21	0,000
Семейные факторы								
Неудовлетв. семейными отношениями (ФРРПП) (39/38)	13,62±3,87	10,16±3,29	49,7	28,0	324,5	0,000	12,05	0,001
Опросник ПоР (мать)								
Позитивный интерес (36/37)	11,42±5,81	16,51±4,12	26,7	47,0	296,0	0,000	12,42	0,000
Директивность (36/37)	8,94±5,11	6,30±3,94	42,9	31,2	452,5	0,018	5,44	0,020
Враждебность (36/37)	7,44±5,25	2,86±3,33	47,4	26,9	292,0	0,000	12,64	0,000
Автономность (36/37)	9,53±3,61	13,19±3,40	26,5	46,5	288,0	0,000	13,09	0,000
Непоследовательность (36/37)	8,54±3,91	6,54±3,55	42,8	31,4	457,5	0,021	5,14	0,023

Опросник ПоР (отец)									
Позитивный интерес (31/34)	10,74±6,68	14,76±5,12	26,8	38,7	333,5	0,010	6,40	0,011	
Директивность (31/34)	7,16±5,34	6,35±4,07	34,2	31,9	488,5	0,617	0,48	0,486	
Враждебность (31/33)	5,58±4,83	3,15±3,37	37,5	27,8	357,5	0,038	4,79	0,029	
Автономность (31/33)	10,68±4,13	12,89±3,92	27,4	37,3	353,0	0,033	4,39	0,036	
Непоследовательность (31/34)	7,26±4,31	6,71±4,07	34,2	31,9	488,5	0,616	0,29	0,591	
Индивидуально-личностные особенности (ФРПП и самооценка)									
Средняя самооценка (39/39)	53,82±15,58	84,48±13,18	22,8	56,2	109,5	0,000	23,55	0,000	
Перфекционизм (39/39)	14,28±2,65	12,26±2,53	48,1	30,9	424,5	0,001	9,49	0,002	
Алекситимия (39/39)	13,92±3,44	10,15±3,04	50,8	28,2	320,5	0,000	16,67	0,000	
Негативная эмоциональность (39/38)	27,21±5,22	20,21±6,69	49,7	28,0	323,5	0,000	16,56	0,000	
Неуверенность в себе (39/39)	16,10±3,64	9,36±3,21	54,8	24,2	163,0	0,000	25,2	0,000	
Рискованное поведение (39/39)	7,13±2,58	6,72±2,05	40,5	38,5	721,0	0,693	0,61	0,434	
Пищевое поведение									
Суммарный балл ЕАТ-26 (39/39)	14,38±13,50	4,31±5,36	51,9	27,1	275,5	0,000			
Увлечение диетами (39/39)	9,97±9,50	2,79±3,76	50,4	28,6	333,5	0,000			
Булимия и озабоченность едой (39/39)	2,0±3,35	0,33±0,81	44,4	34,6	571,0	0,017			
Оральный контроль (39/39)	2,41±2,93	1,18±2,34	45,3	33,7	534,5	0,016			

Приведенные результаты позволяют констатировать наличие большого числа переменных, по которым группа девочек с низкой самооценкой внешности (менее 50 баллов) значительно отличаются от контрастной группы с очень высокими оценками (96-100 баллов). Можно отметить более высокий риск РПП, низкие оценки позитивного образа тела. Интересно отметить, что по шкале озабоченности весом девочки с низкой самооценкой внешности меньше отличаются от контрастной группы, чем по шкале недовольства телом. При низкой самооценке внешности отмечается высокая неудовлетворенность семейными взаимоотношениями. Оценка взаимоотношений с матерью и отцом в контрастных группах позволяет сделать вывод о большей роли матери, чем отца. По-видимому, основными протекторами в отношении самооценки внешности являются позитивный интерес и автономность родителей, в особенности матери, а самый высокий негативный эффект связан с враждебностью матери. Среди индивидуально-

личностных особенностей основными факторами риска являются неуверенность в себе, низкая самооценка, алекситимия и негативная эмоциональность.

Среди физических факторов риска следует отметить более младший возраст. Вместе с тем ИМТ и даже его z-оценки не показывают значимых различий, хотя для z-оценок, которые удовлетворяют критериям нормального распределения, сравнение контрастных групп по t-критерию Стьюдента указывает на небольшую тенденцию к значимости ($t=1,69$, $df=76$, $p=0,095$). Соответственно, низкая самооценка внешности вряд ли определяется более высоким ИМТ у девочек-подростков. Скорее, более важными факторами являются взаимоотношения в семье и индивидуально-личностные особенности. Одним из последствий негативной самооценки внешности может быть риск РПП.

Поскольку опросник ЕАТ-26 позволяет выявить группу риска на основе критерия отсечения (суммарный балл 20 и более), нами была выделена соответствующая этому критерию группа девочек. Сравнение доли девочек с низкими и высокими оценками внешности, которые попадают и не попадают в группу риска РПП, показало значимые различия по кросс-табуляционному критерию: $\chi^2=37,66$, $df=1$, $p=0,000$ (рис. 2).

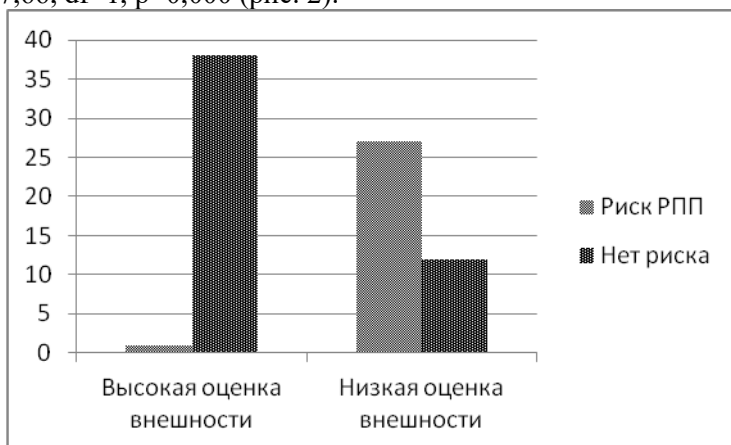


Рисунок 2. Доля девочек с высоким ($EAT-26 \geq 20$) и низким риском РПП в зависимости от уровня самооценки внешности.

Чтобы сравнить прогностическую ценность анализируемых факторов, был проведен бинарный логистический регрессионный анализ прямым пошаговым методом Вальда (табл. 2). Чем выше показатель Вальда, тем выше прогностическая ценность соответствующего предиктора. Полученные результаты позволяют расположить возможные предикторы (как факторы риска, так и протекторы) низкой самооценки внешности в следующем порядке: 1) неуверенность в себе ($W=25,2$); 2) средняя самооценка ($W=23,55$); 3) неудовлетворенность телом ($W=23,21$); 4) низкий уровень оценки позитивного образа тела ($W=22,57$); 5) алекситимия ($W=16,67$); 6) негативная эмоциональность ($W=16,56$); 7) озабоченность весом ($W=13,98$); 8) автономность матери (протектор) ($W=13,09$); 9) враждебность матери ($W=12,64$); 10) позитивный интерес матери (протектор)

($W=12,42$); 11) неудовлетворенность семейными отношениями ($W=12,02$); 12) перфекционизм ($W=9,49$); 13) позитивный интерес отца (протектор) ($W=6,4$); 14) более младший возраст ($W=5,79$); 15) директивность матери ($W=5,44$); 16) непоследовательность матери ($W=5,14$); 17) враждебность отца ($W=4,79$); 18) автономность отца (протектор) ($W=4,39$); 19) z-оценка ИМТ ($W=2,72$, $p<0,1$, тенденция). Не попали в зону значимости такие переменные, как ИМТ, директивность и непоследовательность отца, склонность девочки к рискованному поведению.

Пищевое поведение, в свою очередь, может быть представлено как бинарная зависимая переменная, если рассмотреть контрастные группы девочек, имеющих суммарные значения $EAT-26=0$ (26 человек, нет риска РПП) и $EAT-26\geq 20$ (41 человек, группа риска). При подсчете статистики Вальда оказалось, что самооценка внешности в качестве непрерывной независимой переменной может рассматриваться как значимый предиктор риска РПП ($W=6,82$, $p=0,009$).

Обсуждение. Целью нашего исследования было изучить семейные и индивидуально-личностные факторы, влияющие на формирование низкой самооценки внешности у девочек-подростков. Бинарный логистический регрессионный анализ позволил расположить исследуемые факторы риска низкой самооценки внешности в определенной последовательности. Самыми значимыми в этом ряду оказались: неуверенность в себе, средняя самооценка, неудовлетворенность телом, низкий уровень оценки позитивного образа тела, алекситимия, негативная эмоциональность, враждебность матери, неудовлетворенность семейными отношениями. Эти показатели можно рассматривать как доминирующие. Важно подчеркнуть, что на первом месте оказались не те параметры, которые оценивают собственно недовольство телом, а те личностные черты, которые свидетельствуют о низкой самооценке и неверии в свои силы. Низкая самооценка и неуверенность в себе относятся к значимым факторам риска неудовлетворенности телом и РПП [11, 22, 41]. Кроме того, норвежские ученые установили, что самооценка является одним из важных медиаторов во взаимосвязи неудовлетворенностью телом с РПП [22].

В отношении семейных факторов риска наиболее значимые эффекты в соответствии со статистикой Вальда выявлены для «враждебности» матери. Для понимания значения этой шкалы обратимся к содержанию входящих в нее утверждений: «Хотела бы, чтобы я стала другой, изменилась», «Иногда вызывает у меня ощущение, что я ей противна», «Чувствую, что она пренебрегает мною», «Не достаточно терпелива по отношению ко мне», «Начинает сердиться и возмущаться по поводу любого пустяка, который я сделала», «Вполне возможно, что в сущности меня ненавидит», «Постоянно на меня кому-то жалуется».

В то же время «автономность» и «позитивный интерес» матери можно рассматривать как значимые протекторы низкой самооценки внешности. Приведем примеры конкретных утверждений, на которые девочки с высокой самооценкой внешности значимо чаще отвечали положительно: 1) «автономность» матери – «Всегда легко меня прощает», «Предоставляет мне много свободы», «Редко говорит «должна» или «нельзя»», «Практически позволяет мне делать все, что мне нравится», «Если бы мне захотелось, то я могла бы идти, куда захочу, каждый вечер», «Предоставляет мне столько свободы, сколько мне надо» и др.; 2)

«позитивный интерес» матери»: «Всегда находит время для меня, когда это мне необходимо», «Когда мне грустно, пытается развеселить и воодушевить меня», «Часто хвалит меня за что-либо», «Очень часто улыбается мне» и др.

Таким образом, поведение матери, которое авторами методики относится к шкалам «автономность» и «позитивный интерес», свидетельствует о том, что мать, создавая в семье атмосферу свободы, т. е. отсутствия жестких рамок, и в то же время принятия, поддержки, теплых дружеских отношений, выполняет значимую защитную функцию в отношении профилактики низкой самооценки внешности своих дочерей. Тогда как враждебное отношение матери, а именно нежелание воспринимать дочь такой, какая она есть, недостаточный интерес и терпеливость по отношению к ней, отсутствие любви и уважения может значительно понижать самооценку внешности.

Полученные нами результаты подтверждаются работами других авторов, которые также отмечают взаимосвязь между неудовлетворенностью своим телом у девочек и чрезмерным контролем, излишней строгостью, отсутствием эмоционального тепла и поддержки со стороны родителей [4, 5, 27].

Среди индивидуально-личностных особенностей, оказывающих существенное влияние на формирование низкой самооценки внешности, можно выделить алекситимию, негативную эмоциональность, перфекционизм ($p=0,002$). Результаты многочисленных отечественных и зарубежных исследователей также подтверждают связь этих параметров со становлением негативного отношения к телу и развитием риска РПП [8, 11, 22, 28, 41, 43, 44].

Подводя итог, можно дать примерный портрет девочки с низкой самооценкой внешности. Такие девочки не верят в себя, в свои силы, недовольны формами своего тела, не принимают его таким, какое оно есть. У них выражены признаки алекситимии (затруднения в понимании и описании своих чувств), они чаще других испытывают негативные эмоции и выражают неудовлетворенность семейными отношениями. В своих семьях они ощущают дефицит любви, уважения и поддержки со стороны родителей, особенно матерей. Их матери отличаются излишней требовательностью и строгостью, стремлением к чрезмерному контролю и ограничению свободы дочери. В таких семьях для девочек характерно стремление соответствовать идеальному образу, требованиям родителей, что сопровождается перепадами настроения, тревожными, напряженными состояниями, преобладанием негативного эмоционального фона. Все это может оказывать влияние на формирование негативного образа тела и приводить к развитию деструктивных форм пищевого поведения.

Выявленные в данном исследовании индивидуально-личностные и семейные особенности девочек с низкой самооценкой внешности могут служить ориентирами в разработке профилактических программ для предотвращения развития недовольства своим телом в подростковом возрасте и возможного риска развития РПП.

Выводы.

1. Наиболее вероятными предикторами низкой самооценки внешности у девочек-подростков являются: неуверенность в себе, низкая самооценка, неудовлетворенность телом, алекситимия, негативная эмоциональность, враждеб-

ность матери, неудовлетворенность семейными отношениями.

2. Значимыми протекторами низкой самооценки внешности девочек являются автономность и позитивный интерес матери (в соответствии с концепцией авторов методики «Подростки о родителях»).

3. Низкая самооценка внешности может рассматриваться как значимый предиктор риска РПП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Р.В., Мешкова Т.А. Озабоченность весом и неудовлетворенность своим телом как факторы риска развития нарушений пищевого поведения у современных школьников [Электронный ресурс] // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы. К 110-летию С.Я. Рубинштейн. Сб. мат-лов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Москва, 25-26 ноября 2021 г.). М., 2021. С.72-74. URL: <https://psyjournals.ru/medpsydiag2021/issue/> (дата обращения: 25.10.2023)

2. Андреева Т.В., Муромцева С.О. Воспитательная роль отца и становление личности дочери [Электронный ресурс] // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2011. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vospitatelnaya-rol-otca-i-stanovlenie-lichnosti-docheri> (дата обращения: 25.10.2023)

3. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. 3-е изд. СПб.: ФАРМиндекс, 2001. 68 с.

4. Ерохина Е.А., Филиппова Е.В. Образ тела и отношение к своему телу у подростков: семейные и социокультурные факторы влияния (по материалам зарубежных исследований) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8. № 4. С. 57-68. doi: 10.17759/jmfp.2019080406

5. Кадыралиев Н.М., Агеева И.А., Чымырбаева А.М., Булатаева И.Х. Взаимосвязь стилей семейного воспитания и отношения подростков к образу тела [Электронный ресурс] // Теоретическая и экспериментальная психология. 2016. Т. 9. № 3. С. 6–16. URL: <http://www.tepjournal.ru/images/pdf/2016/03/02.pdf> (дата обращения: 25.10.2023)

6. Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Значение отца для развития ребенка (на материале зарубежных исследований) [Электронный ресурс] // Семейная психология и семейная терапия. 2006. № 1. С. 87-100.

7. Келина М.Ю., Маренова Е.В., Мешкова Т.А. Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2011. Том 16. № 5. С. 44–51. URL: <https://psyjournals.ru/psyedu/2011/n5/48707.shtml> (дата обращения: 25.10.2023)

8. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n2/52628 (дата

обращения: 23.10.2023)

9. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития [учебное пособие] - 9-е изд. СПб.: Питер, 2005. 940 с.

10. Мешкова Т.А. Концепция позитивного образа тела в современной зарубежной психологии [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2021. Т. 10. № 2. С. 55–69. doi:10.17759/jmfp.2021100206

11. Мешкова Т.А., Митина О.В., Александрова Р.В. Факторы риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков неклинической популяции: многомерный подход // Consortium Psychiatricum. 2023. Т. 4. № 2. С. 21-39. doi: 10.17816/CP6132

12. Мешкова Т.А., Митина О.В., Шельгин К.В., Александрова Р.В., Николаева Н.О. Тест пищевых установок (ЕАТ-26): оценка психометрических характеристик и факторной структуры на неклинической выборке 876 студенток [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12. № 1. С. 66–103. doi: 10.17759/cpse.2023120104

13. Мешкова Т.А., Михайленко Н.Н. Влияние родителей и сверстников на отношение к телу и пищевое поведение девушек студенческого возраста: апробация нового диагностического инструментария и пилотное исследование [Электронный ресурс] // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы. К 110-летию С.Я. Рубинштейн. Сб. мат-лов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Москва, 25-26 ноября 2021 г.). М., 2021. С. 211-213. URL:<https://psyjournals.ru/medpsydiag2021/issue/> (дата обращения: 25.10.2023)

14. Мешкова Т.А., Николаева Н.О. Опыт применения теста пищевых установок (ЕАТ-26) на выборке студенток Москвы // Психиатрия. 2017. № 73 (01). С. 34–41.

15. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей. Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина, В.П. Новиковой. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2015. 296 с.

16. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2011. 256 с.

17. Тайсон Ф., Тайсон Р. Психоаналитические теории развития. Екатеринбург: Деловая Кн., 1998. 524 с.

18. Шнакенберг Н. Мнимые тела, подлинные сущности: Преодоление конфликтов идентичности с внешностью и возвращение к подлинному Я / Пер. с англ. 2-е изд., испр. и доп. Калининград: Phoca Books, 2018. 376 с.

REFERENCES

1. Aleksandrova R.V., Meshkova T.A. Ozabochennost` vesom i neudovletvorennost` svoim telom kak faktory` riska razvitiya narushenij pishhevo go povedeniya u sovremenny`kh shkol`nicz [E`lektronny`j resurs] // Diagnostika v mediczinskoj (klinicheskoy) psikhologii: tradiczii i perspektivy`. K 110-letiyu S.Ya. Rubinshtejn. Sb. mat-lov Tret`ej Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferenczii s mezhdunarodny`m uchastiem (Moskva, 25-26 noyabrya 2021 g.). M., 2021. S.72-74. URL: <https://psyjournals.ru/medpsydiag2021/issue/> (data obrashheniya: 25.10.2023)

2. Andreeva T.V., Muromczeva S.O. Vospitatel'naya rol' otca i stanovlenie lichnosti docheri [E`lektronny`j resurs] // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Socziologiya. 2011. # 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vospitatelnaya-rol-ottsa-i-stanovlenie-lichnosti-docheri> (data obrashheniya: 25.10.2023)

3. Vasserman L.I., Gor`kovaya I.A., Romiczy`na E.E. Psikhologicheskaya metodika «Podrostki o rodityakh» i ee prakticheskoe primenenie. 3-e izd. SPb.: FARMindeks, 2001. 68 s.

4. Erokhina E.A., Filippova E.V. Obraz tela i otnoshenie k svoemu telu u podrostkov: semejny`e i socziokul`turny`e faktory` vliyaniya (po materialam zarubezhny`kh issledovanij) [E`lektronny`j resurs] // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2019. T. 8. # 4. S. 57-68. doi: 10.17759/jmfp.2019080406

5. Kady`raliev N.M., Ageeva I.A., Chy`my`rbaeva A.M., Bulataeva I.Kh. Vzaimosvyaz` stilej semejnogo vospitaniya i otnosheniya podrostkov k obrazu tela [E`lektronny`j resurs] // Teoreticheskaya i e`ksperimental`naya psikhologiya. 2016. T. 9. # 3. S. 6–16. URL:<http://www.tepjournal.ru/images/pdf/2016/03/02.pdf> (data obrashheniya: 25.10.2023)

6. Kalina O.G., Kholmogorova A.B. Znachenie otca dlya razvitiya rebenka (na materiale zarubezhny`kh issledovanij) [E`lektronny`j resurs] // Semejnaya psikhologiya i semejnaya terapiya. 2006. # 1. S. 87-100.

7. Kelina M.Yu., Marenova E.V., Meshkova T.A. Neudovletvorennost` telom i vliyanie roditelej i sverstnikov kak faktory` riska narushenij pishhevego povedeniya sredi devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta [E`lektronny`j resurs] // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2011. Tom 16. # 5. S. 44–51. URL: <https://psyjournals.ru/psyedu/2011/n5/48707.shtml> (data obrashheniya: 25.10.2023)

8. Kelina M.Yu., Meshkova T.A. Aleksitimiya i ee svyaz` s pishhevy`mi ustanovkami v neklinicheskoy populyaczii devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta [E`lektronny`j resurs] // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2012. Tom 1. # 2. URL:https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n2/52628 (data obrashheniya: 23.10.2023)

9. Krajg G., Bokum D. Psikhologiya razvitiya [uchebnoe posobie] - 9-e izd. SPb.: Piter, 2005. 940 s.

10. Meshkova T.A. Konceptciya pozitivnogo obraza tela v sovremennoj zarubezhnoj psikhologii [E`lektronny`j resurs] // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2021. T. 10. # 2. S. 55–69. doi:10.17759/jmfp.2021100206

11. Meshkova T.A., Mitina O.V., Aleksandrova R.V. Faktory` riska narushenij pishhevego povedeniya u devocek-podrostkov neklinicheskoy populyaczii: mnogomerny`j podkhod // Consortium Psychiatricum. 2023. T. 4. # 2. C. 21-39. doi: 10.17816/CP6132

12. Meshkova T.A., Mitina O.V., Shely`gin K.V., Aleksandrova R.V., Nikolaeva N.O. Test pishhevy`kh ustanovok (EAT-26): ocenka psikhometricheskikh kharakteristik i faktornoj struktury` na neklinicheskoy vy`borke 876 studentok [E`lektronny`j resurs] // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2023. T. 12. # 1. S. 66–103. doi: 10.17759/cpse.2023120104

13. Meshkova T.A., Mikhajlenko N.N. Vliyanie roditelej i sverstnikov na

otnoshenie k telu i pishhevoe povedenie devushek studencheskogo vozrasta: aprobacziya novogo diagnosticheskogo instrumentariya i pilotnoe issledovanie [E'lektronny`j resurs] // Diagnostika v mediczinskoj (klinicheskoj) psihologii: tradiczii i perspektivy`. K 110-letiyu S.Ya. Rubinshtejn. Sb. mat-lov Tret`ej Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferenczii s mezhdunarodny`m uchastiem (Moskva, 25-26 noyabrya 2021 g.). M., 2021. S. 211-213. URL:<https://psyjournals.ru/medpsydiag2021/issue/> (data obrashheniya: 25.10.2023)

14. Meshkova T.A., Nikolaeva N.O. Opy`t primeneniya testa pishhevy`kh attitudov (EAT-26) na vy`borke studentok Moskvyy` // Psikhiatriya. 2017. # 73 (01). S. 34–41.

15. Pishhevoe povedenie i pishhevoe programmirovaniye u detej. Pod red. S.V. Bel'mera, A.I. Khavkina, V.P. Novikovoj. M.: ID «MEDPRAKTIKA-M», 2015. 296 s.

16. Ramsi N., Kharkort D. Psihologiya vneshnosti / Per. s angl. SPb.: Piter, 2011. 256 s.

17. Tajson F., Tajson R. Psikhoanaliticheskie teorii razvitiya. Ekaterinburg: Delovaya Kn., 1998. 524 s.

18. Shnakenberg N. Mnimy`e tela, podlinny`e sushhnosti: Preodolenie konfliktov identichnosti s vneshnost`yu i vozvrashhenie k podlinnomu Ya / Per. s angl. 2-e izd., ispr. i dop. Kaliningrad: Phoca Books, 2018. 376 s.

19. Avalos LC, Tylka TL, Wood-Barcalow NL. The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation // Body image. 2005. Vol. 2(3): 285-297. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002

20. Baumrind D. Current patterns of parental authority // Developmental Psychology. 1971. Vol. 4(1). pt. 2:1-103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>

21. Berg van den P. et al. The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison // J. Psychosom. Res. 2002. Vol. 53(5):1007-1020. doi:10.1016/s0022-3999(02)00499-3

22. Brechan I, Kvaalem IL. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. Eat Behav. 2015 Apr;17:49-58. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.12.008

23. Cromley T. et al. Parent and Family Associations With Weight-Related Behaviors and Cognitions Among Overweight Adolescents/ Journal of Adolescent Health 47 (2010): 263–269 doi:10.1016/j.jadohealth.2010.02.009

24. Dahill LM. et al. Exploring associations between positive and negative valanced parental comments about adolescents' bodies and eating and eating problems: a community study. J Eat Disord. 2022 Mar 24;10(1):43. doi: 10.1186/s40337-022-00561-6

25. Densham K. et al. Early adolescents' body dysmorphic symptoms as compensatory responses to parental appearance messages and appearance-based rejection sensitivity. Body Image. 2017 Dec; 23:162-170. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.09.005

26. Feingold A, Mazzella R. Gender Differences in Body Image Are Increasing. Psychological Science. 1998; 9(3):190-195. doi:10.1111/1467-9280.00036

27. Gui Chen et al. Perceived parenting styles and body appreciation among

Chinese adolescents: Exploring the mediating roles of dispositional mindfulness and self-compassion // Children and Youth Services Review 119 (2020) 105698 <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105698>

28. Hu P. et al. The relationship between perfectionism and eating pathology: the mediating roles of body dissatisfaction and alexithymia. *Curr Psychol* (2022). <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04068-w>

29. Ivanović M, Milosavljević S, Ivanović U. Sociocultural influences of parents on body dissatisfaction in adolescents // *Physical education and sport through the centuries*. 2017. 4(1): 45-70. doi: 10.1515/spes-2016-0021

30. Kerbs AF, El-Alayli A. Parenting dynamics in childhood as they relate to body dissatisfaction in adult women: an exploration of parental attachment, acceptance, teasing, and body-related comments // *Journal of Integrated Social Sciences*. 2016. Vol. 6 (1): 75-103

31. Kluck AS. Family influence on disordered eating: the role of body image dissatisfaction. *Body Image*. 2010 Jan; 7(1):8-14. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.09.009

32. Krug I. et al. A new social-family model for eating disorders: A European multicentre project using a casecontrol design. *Appetite* 95 (2015) 544-553 <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.014>

33. Krug I. et al. The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the Australian Temperament Project. *Appetite*. 2016 Oct 1;105:232-41. doi: 10.1016/j.appet.2016.05.015

34. M^a Dolores Gil-Llario et al. Relationship between mothers' thoughts and behaviors and their daughters' development of the body image // *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2019. 6(2): 30-35. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.2.4

35. Maor M, Cwikel J. Mothers' strategies to strengthen their daughters' body image. *Fem. Psychol*. 2016, 26: 11–29. <https://doi.org/10.1177/0959353515592899>

36. Prokhorov AV et al. Lifestyle values of adolescents: results from Minnesota Heart Health Youth Program. *Adolescence*. 1993 Fall; 28(111): 637-47. PMID: 8237549

37. Rodin J, Silberstein LR, Striegel-Moore RH. Women and weight: a normative discontent // Sonderegger T.B. (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation. Psychology and Gender*. 1984. Vol. 32: 267-307. Lincoln: University of Nebraska Press. URL: https://www.researchgate.net/publication/16797155_Women_and_weight_A_normative_discontent

38. Sahlan RN, Sala M. Eating disorder psychopathology and negative affect in Iranian college students: a network analysis. *Journal of Eating Disorders*. 2022;10(1):164. doi: 10.1186/s40337-022-00683-x

39. Shenaar-Golan V, Walter O. Mother-Daughter Relationship and Daughter's Body Image. *Health*. 7: 547-559. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.75065>

40. Šmídová S. et al. Adolescent body image: results of Czech ELSPAC study. *Cent Eur J Public Health*. 2018 Mar; 26(1): 60-64. doi: 10.21101/cejph.a4930. PMID: 29684300

41. Teixeira MD. et al. Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-

esteem in a sample of Portuguese girls. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2016; 38(2): 135–140. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1723>

42. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. 2015; 14:118-129. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.001

43. Wade TD, Tiggemann M. The role of perfectionism in body dissatisfaction. *J Eat Disord* 1, 2 (2013). <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-2>

44. Wallis DJ, Ridout N. Direct and indirect effects of alexithymia on disordered eating in a non-clinical female sample: determining the role of negative affect. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:994024. doi: 10.3389/fpsy.2022.994024

45. Peschel SKV et al. Tension and disordered eating behaviors in the daily lives of adolescents and young adults from the general population: Associations and moderating role of trait emotion regulation. *Scand J Psychol*. 2023. <https://doi.org/10.1111/sjop.12971>

R.V. Alexandrova¹, T.A. Meshkova²

**LOW SELF-ESTEEM OF APPEARANCE IN ADOLESCENT GIRLS:
FAMILY AND INDIVIDUAL-PERSONAL RISK FACTORS
AND FEATURES OF EATING BEHAVIOR**

¹Ryazan State University named after S.A. Yesenin (Ryazan), ²Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary The family and individual personal characteristics of teenage girls with low self-esteem of appearance in accordance with Dembo-Rubinstein Self-esteem Scale are presented. The logistic regression analysis (Wald test - W) made it possible to identify and rank probable predictors of girl's low self-esteem of appearance. It was found, that the highest predictive probability (at p=0.000) demonstrate such features as: self-distrust (W=25.2); low self-esteem (W=23.55); body dissatisfaction (W=23.21); alexithymia (W=16.67); negative emotionality (W=16.56); mother's hostility (W=12.64); dissatisfaction with family relationships (W=12.02). Significant protectors of girl's low self-esteem of appearance are autonomy (W=13.09) and positive interest of girl's mother (W=12.42). In addition, low self-esteem of appearance can be considered as a significant predictor of the risk of eating disorders (W=6.82, p = 0.009).

Keywords: self-esteem of appearance, body image, adolescent girls, family, individual personality characteristics, risk of eating disorders.

**СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ЖЕНЩИНОЙ СИТУАЦИИ
НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ, СВЯЗАННОЙ С РОЖДЕНИЕМ РЕБЕНКА
С ЗАБОЛЕВАНИЕМ
ФГБОУ ВО ЯГМУ (Ярославль).**

Резюме. В статье раскрывается значимость когнитивного и эмоционального компонентов субъективного восприятия ситуации неопределенности и отношения к ребенку с заболеванием в периоде новорожденности. Основным критерием для формирования выборки является - рождение ребенка с заболеванием. Отличительный признак - наличие или отсутствие опыта перинатальных потерь в анамнезе. Установлено, что женщины, при оптимальном отношении к новорожденному чаще транслируют средний уровень личностной включенности, эмоционального переживания ситуации и средний уровень «энергетического заряда» ситуации.

Ключевые слова: заболевание в периоде новорожденности, отношение к новорожденному, опыт перинатальных потерь, уровень включенности в ситуацию, энергетический потенциал ситуации.

Введение. Материнство, по мнению Г.Г. Филипповой, является психосоциальным феноменом, который включает «два аспекта: обеспечивает условия для развития ребенка и является частью личностной сферы женщины» [8]. Исследование феномена материнства на фоне травматического опыта в условиях рождения ребенка с заболеванием и в периоде новорожденности не теряет своей актуальности в настоящей сложной демографической ситуации. По статистике, приведенной во многочисленных зарубежных изданиях, примерно каждая пятая из беременностей заканчивается перинатальной потерей [9,10]. «Перинатальная утрата является психической травмой, так как вызывает переживания, имеющие длительное воздействие на психику человека» [3, с. 4]. Еще одной из причин психотравматизации женщины является патологическое развитие пренейта (еще не родившегося младенца), что может нарушить становление здоровой и прочной эмоциональной связи с будущим ребенком. В ситуации утраты «образа здорового новорожденного» женщина «сталкивается с нарушением собственной идентичности, сомнением в своей женственности и нормальности, теряет образ себя в качестве матери» [6, с. 78]. Это отражается на формировании отношения к новорожденному ребенку.

Проблемой становится тот факт, что при существенно повышенном уровне личностной включенности в ситуацию болезни ребенка, преимущественно у женщин с тревожным психологическим компонентом гестационной доминанты, энергетический потенциал оказывается пониженным, что не позволяет матери успешно справляться со стрессом.

Чтобы разобраться в формировании тех или иных эмоциональных реакций на психотравмирующую ситуацию, необходимо обратиться к общим закономер-

ностям психической регуляции. А.О. Прохоров определяет ситуацию «...как объективную совокупность элементов (событий, условий, обстоятельств и т. п.), оказывающих стимулирующее, обуславливающее и корректирующее воздействие на субъект» [7, с. 114]. Это возможно за счет «энергоинформационной насыщенности ситуации, детерминирующей активность субъекта и одновременно задающей пространственные и временные границы ее реализации» [7 с. 114]. Важным условием понимания ситуации является личностный смысл или своевременно сформированный доминантный очаг, которые служат отражением отношения к особо значимым субъектам ситуации. В нашем исследовании таким «значимым субъектом» является новорожденный ребенок с нарушениями здоровья.

Мы не встретили в доступной нам литературе исследований, посвященных изучению субъективного восприятия ситуации неопределенности в неонатальном периоде, связанной с рождением ребенка с заболеванием. Актуальность описанной проблемы и научный интерес определили выбор темы исследования.

Цель исследования состояла в изучении особенностей эмоционального реагирования и описания когнитивного компонента субъективного переживания женщиной ситуации рождения ребенка, с заболеванием. А также исследование особенностей отношения к новорожденному у женщин, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием, в периоде новорожденности с опытом и без опыта перинатальных потерь в анамнезе.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в неонатальном периоде, в основном на 7-14 день после родов в отделении патологии новорожденных, куда женщины с детьми были переведены из родильного дома по причине нестабильного состояния новорожденных детей. На момент проведения исследования состояние детей описано как тяжелое и средней степени тяжести. Заболевания новорожденных по МКБ-10 можно распределить на группы: дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения, характерные для перинатального периода (P20-P29); инфекция, специфичная для перинатального периода (P35-P39); перинатальное повреждение ЦНС, синдром угнетения другие уточненные нарушения со стороны мозга у новорожденного; врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99) [5, с. 225].

Всего в исследовании приняли участие 126 женщин. Основная группа – 63 женщины, имеющие опыт перинатальных потерь в анамнезе, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Контрольная группа – 63 женщины без опыта перинатальных потерь в анамнезе. Основным критерием для формирования выборки для нас является рождение ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Отличительным признаком для основной и контрольной групп является наличие или отсутствие опыта перинатальных потерь в анамнезе. Под опытом перинатальных потерь мы понимаем: самопроизвольный выкидыш, прерывание беременности по медицинским показаниям и роды, закончившиеся мертворождением на поздних сроках беременности. Мы предполагаем, что, во-первых, отношение к ребенку и субъективное восприятие ситуации неопределенности имеет отличительные особенности у женщин, с опытом перинатальных потерь в анамнезе. Во-вторых, женщины основной и контрольной

ной группы демонстрируют разный уровень личностной включенности и разный уровень выраженности энергетического потенциала, направленного на преодолении ситуации неопределенности, связанной с заболеванием новорожденного.

Для проверки выдвинутых гипотез был осуществлен следующий подбор методик:

- Метод полуструктурированного интервью, ориентированный на достижение конструктивного комплаенса.

- Методика Семантический дифференциал жизненной ситуации О.В. Александровой, И.Б. Дермановой ориентированная на изучение когнитивных и эмоциональных компонентов субъективного восприятия женщиной актуальной жизненной ситуации. В качестве основных смысловых осей восприятия рассматривались следующие факторы: владение ситуацией, эмоциональное переживание ситуации, позитивные ожидания, обыденность и повседневность, разрешимость, личностная включенность и вера в преодолимость ситуации, энергетический заряд, уровень понимания [1, с. 128].

- «Тест отношений беременной И.В. Добрякова» предназначен для определения особенностей отношения, которое транслируют женщины к новорожденному ребенку [2, с. 218].

- Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» И.А. Золотовой направлена на изучение установочного отношения к ребенку, формирующегося в онтогенезе материнской сферы, а также неосознаваемых эмоциональных особенностей отношения женщины «к себе» и к «собственной матери» [4, с. 726].

При обработке первичных данных мы использовали непараметрические статистические методы, а именно: для выявления различий между независимыми выборками статистический метод U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования были выявлены значимые различия между представительницами основной и контрольной групп в декларируемых особенностях психологического компонента гестационной доминанты через категорию отношения к новорожденному. А именно, женщины, имеющие опыт перинатальных потерь в анамнезе, демонстрируют более тревожное отношение к ребенку, чем женщины, не имеющие опыта перинатальных потерь (табл. 1).

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа методики ТОБр И.В. Добрякова в исследуемых группах (по критерию U Манна-Уитни)

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости p
	Без опыта	С опытом			
Отношение к своему ребенку (тревожное)	21,212	56,522	245,5	-2,6785852	0,007393**

Примечания: ** - различия на уровне значимости $p < 0,01$.

В целом отношение к ребенку у женщин основной группы с опытом перинатальных потерь в анамнезе распределилось следующим образом: оптимальное отношение к новорожденному (25%), эйфорическое (29%), гипогестогнозическое (4%), тревожное (38%) и депрессивное отношение (4%). Женщины контрольной группы без опыта перинатальных потерь в анамнезе чаще транслируют оптимальное отношение к новорожденному (49%), примерно в равном соотношении с женщинами основной группы отмечается эйфорическое (22%) и гипогестогнозическое (5%) отношение к новорожденному. Тревожное отношение к новорожденному составляет (24%). Депрессивное отношение к новорожденному не транслировалось.

Таблица 2.

Выраженность параметра «отношение к новорожденному» у женщин с опытом и без опыта перинатальных потерь в анамнезе

Отношение к новорожденному	Выраженность (%) параметра у женщин, с опытом перинатальных потерь в анамнезе	Выраженность (%) параметра у женщин, без опыта перинатальных потерь в анамнезе
Оптимальное	25%	49%
Эйфорическое	29%	22%
Гипогестогнозическое	4%	5%
Тревожное	38%	24%
Депрессивное	4%	0%

Отношение к новорожденному не может не отражаться на семейной системе в целом. Выявлена положительная корреляция между депрессивным отношением к ребенку и гипогестогнозическим отношением к мужу ($r=0,68$; $p<0,001$) среди представительниц основной группы. Образ «здорового новорожденного» женщиной был утрачен, что обуславливает определенную фрустрацию, неприятие своего ребенка в состоянии «нездоровья» и приводит к ухудшению отношений с мужем, проявляющихся в форме игнорирования. Страх «повторной потери» маскируется стремлением не выстраивать прочных эмоциональных связей как с ребенком, так и с мужем. По результатам анализа полуструктурированного интервью, женщину тревожит возможное осуждение со стороны «других» людей за неспособность ею реализовать материнскую роль, что трансформируется в виде депрессивного отношения к ребенку с заболеванием.

2. По результатам корреляционного анализа выявлены значимые взаимосвязи между показателями выполнения методики ТОБ (р) Добрякова в категории отношения к новорожденному и шкалами методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» в основной группе женщин, имеющих в анамнезе опыт перинатальных потерь. Описана положительная корреляция между эйфорическим отношением к новорожденному, личной включенностью ($r=0,53$; $p<0,01$) и позитивным ожиданием разрешения ситуации ($r=0,52$; $p<0,01$) у женщин с опытом перинатальных потерь в анамнезе несмотря на тяжесть состояния новорожденного (табл. 3). Мы объясняем это «доминирующими идеями бере-

менности, то есть острым желанием женщины иметь ребенка», формирующимся на фоне опыта перинатальной потери в анамнезе. Гиперболизированное чувство радости может вытеснять проблему заболевания ребенка. При условии эйфорического эмоционального фона взаимодействие матери с ребенком с заболеванием в периоде новорожденности обладает специфической особенностью, не является ориентированным на потребности младенца, акцент направлен на сам факт «присутствия новорожденного в состоянии болезни» в жизни женщины. Об этом говорит низкий уровень «энергетического заряда» при эйфорическом отношении к новорожденному.

Выявлена положительная корреляция между депрессивным отношением к своему ребенку и «энергетическим» зарядом ситуации ($r=0,38$; $p<0,01$) (табл. 3). Мы объясняем это высоким уровнем значимости ситуации для женщины и тяжестью заболевания новорожденного и допускаем, что при стабилизации состояния ребенка отношение к нему может меняться.

Женщины, не имеющие опыта перинатальных потерь в анамнезе, чаще транслируют средний уровень личностной включенности, средний уровень эмоционального переживания ситуации и позитивные ожидания от ситуации, что соотносится с оптимальным отношением к новорожденному согласно результатам исследования.

Таблица 3.

Результаты корреляционного анализа показателей методики ТОБр И.В. Добрякова и методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» (О.В. Александровой, И.Б. Дермановой) в группе женщин, имеющих опыт перинатальных потерь

	Личностная включенность	Энергетический заряд ситуации
Отношение к новорожденному(эйфорическое)	0,53**	
Отношение к новорожденному(депрессивное)		0,38**

Примечания: ** - различия на уровне значимости $p<0,01$.

3. По результатам корреляционного анализа между показателями выполнения методик «Моя мама, я и мой ребенок» и ТОБ (р) Добрякова (в категории отношения к новорожденному) с данными, полученными по шкалам методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации», установлены идентичные значимые корреляции как в основной группе женщин, так и в группе сравнения.

К изображению ребенка в виде символов прибегают женщины с эйфорическим ($r=0,84$; $p<0,001$), гипогестогнозическим ($r=0,72$; $p<0,001$) и депрессивным ($r=0,50$; $p<0,001$) отношением (табл. 4). Исследование проводилось в раннем неонатальном периоде и у части женщин еще не произошло принятие ситуации, связанной с рождением больного ребенка. Присутствует некоторая эйфория от осознания того, что женщина стала матерью, и поэтому образ ребенка отражен в виде символов. В то же время транслируемое женщиной гипогестогнозиче-

ское и депрессивное отношение к своему ребенку не позволяют воспринимать новорожденного в соответствие с реальной ситуацией, и бессознательно женщина изображает ребенка через символ. Депрессивное отношение к своему ребенку положительно коррелирует с изображением ребенка на руках собственной матери ($r=0,72$; $p<0,001$). Символическое перемещение ребенка свидетельствует об освобождении себя от материнской роли. Но интерпретировать согласно анализу результатов полуструктурированного интервью это можно по-разному. Как с точки зрения несформированности материнской сферы, так и с точки зрения отсутствия ресурсов у женщины, проявляющееся через символическое делегирование обязанностей и ответственности.

При среднем уровне личной включенности, женщины чаще изображают ребенка на руках у себя – матери ($r=0,41$; $p<0,05$). Обратная корреляция между изображением ребенка на руках у себя – матери выявлена с показателем по шкале «разрешимость ситуации». Чем больше сомнений в выздоровлении ребенка, тем более вероятно символическое дистанцирование новорожденного. Депрессивное и гипогестогнозическое отношение к своему ребенку положительно коррелирует с критерием дистанции между фигурами матери, бабушки и ребенка и низким уровнем личностной включенности в ситуацию ($r=0,48$; $p<0,05$). Большая пространственная дистанция - как символическая изоляция от новорожденного.

Чем чаще женщины изображают ребенка более старшего возраста, тем выше у них выражено эмоциональное переживание и позитивное ожидание от ситуации ($r=0,47$; $p<0,05$). «Образ выросшего ребенка» выступает как символическое подтверждение положительного разрешения ситуации и как своеобразная психологическая защита при травмирующей ситуации, связанной с рождением ребенка с заболеванием.

Таблица 4.

Результаты корреляционного анализа показателей методики ТОБ(р) И.В. Добрякова и показателем проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок»

	Изображение в виде символов	
	Женщины с опытом перинатальных потерь в анамнезе	Женщины без опыта перинатальных потерь в анамнезе
Отношение к новорожденному (эйфорическое)	0,84***	0,8***
Отношение к новорожденному (тревожное)	-0,44*	-0,56*
Отношение к новорожденному (депрессивное)	0,50**	-
Отношение к новорожденному (гипогестогнозическое)	0,72***	0,56***

Примечания: * - различия на уровне значимости $p < 0,05$; *** - различия на уровне значимости $p < 0,001$.

Анализ клинического случая.

М., 34 года, социальный работник. Ребенок родился от 4 беременности, 3 родов, со сроком гестации 40 недель. 3 беременность была запланированной и желанной, но завершилась самопроизвольным выкидышем. Мама с ребенком находятся в отделении патологии новорожденных. Возраст ребенка 18 дней. Основной клинический диагноз — Врожденная пневмония, (P23.0).

Со слов пациентки, беременность протекала хорошо, токсикоза не было, ничего не беспокоило. Первое шевеление произошло на 15 неделе. На вопрос «Что Вы почувствовали во время шевеления?» М. ответила, что сразу поняла, что это ребенок и «старалась его понять». Пациентка к кормлению грудью относится положительно и собирается кормить до 1—1,5 лет. Выделила, что ей этот процесс может приносить «огромное удовольствие».

Первому о беременности рассказала мужу. На момент госпитализации пациентки он остается с двумя маленькими детьми, с которыми «было трудно расставаться». Отношения с матерью хорошие, мать поддерживает ее в сложившейся ситуации. На вопрос «Что было самым сложным в период беременности?» М. отрицала различные трудности, сказав, что «все было хорошо». Самое трудное на данный момент - «переживания за детей, которые остались дома, и болезнь ребенка». Общее настроение пациентки нестабильное, больше подавленное — она плачет, тревожится.

Результаты методик:

Тест отношения к беременности. Пациентка демонстрирует эйфорическое отношение к беременности, к образу жизни, к себе - матери, к ребенку, к грудному вскармливанию, к посторонним. Соответственно, выявляется преимущественно эйфорический вариант гестационной доминанты.

Методика «Семантический дифференциал жизненной ситуации»:

Субшкала — эмоциональное переживание ситуации: 5,22 — существенно повышенный уровень;

Субшкала — позитивные ожидания от ситуации: 5,33 — существенно повышенный уровень;

Субшкала — личная включенность и вера в преодолимость ситуации: 5,67 — существенно повышенный уровень;

Субшкала — энергетический заряд ситуации: 3 — средний уровень;

Субшкала — уровень понимания ситуации: 1,75 — пониженный уровень.

Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок»:

На рисунке отмечается изображение фигур в виде символов — мать в виде дома и солнца, сама пациентка в виде сердца, ребенок изображен как человек. Изображение символов соотносится с данными методики ТОВ(р). Возраст ребенка не соответствует периоду новорожденности, что говорит о неготовности женщины на когнитивном уровне к принятию новорожденного с заболеванием (см. рисунок).

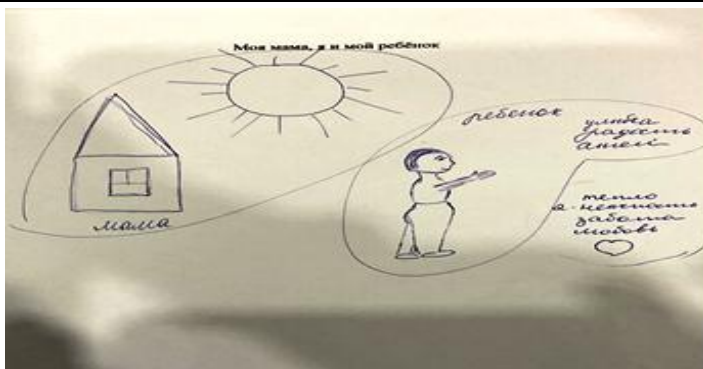


Рисунок 1. «Моя мама, я и мой ребенок».

Таким образом, женщина, имеющая негативный опыт перинатальной потери в виде самопроизвольного выкидыша, при рождении ребенка с заболеванием, транслирует эйфорическое отношение к новорожденному и эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты в целом, согласно результатам методики ТОБ(р). Возможно, дает социально одобряемые ответы. Личностная включенность в ситуацию заболевания, эмоциональное переживание и позитивные ожидания от ситуации на существенно повышенном уровне при низком уровне понимания ситуации. Вербально М. соотносит по значимости болезнь ребенка и переживания за детей, которые находятся дома в удовлетворительном состоянии и которым ничего не угрожает. Результаты проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок» соотносятся с результатами методики ТОБ(р) в части символического эйфорического отражения образов «себя-матери» и «собственной матери». Но отмечается контраст при изображении образа ребенка в виде мальчика старшего возраста, которого женщина символически дистанцирует. Это может говорить о неготовности и непринятии ситуации рождения ребенка с заболеванием, что приводит к недооцениванию состояния новорожденного. Эмоциональное состояние и результаты психологического обследования подтверждают необходимость психологического сопровождения женщины на этапе лечения ребенка.

Выводы по результатам исследования.

1. Обобщая полученные данные, следует отметить, что женщины при оптимальном отношении к новорожденному чаще транслируют средний уровень личностной включенности, эмоционального переживания ситуации и средний уровень «энергетического заряда» ситуации. Они наиболее адаптивны в ситуации неопределенности, связанной с рождением ребенка с заболеванием, и обладают большей ресурсностью.

2. При эйфорическом отношении к новорожденному женщины чаще демонстрируют высокий уровень личной включенности, позитивного ожидания разрешения ситуации. Для них может быть характерным как низкий, так и высокий уровень «энергетического заряда» ситуации и низкий уровень понимания ситуации.

3. Депрессивное отношение к своему ребенку в сочетании с высоким уровнем «энергетического» заряда ситуации может свидетельствовать о неблагоприятном эмоциональном состоянии и позволяет нам отнести эту категорию

женщин в группу риска по развитию послеродовой депрессии.

4. Проективная методика помогает понять уникальную систему личностных смыслов и особенностей восприятия новорожденного женщиной в ситуации неопределенности, связанной с заболеванием ребенка. Выявленные корреляции между результатами проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок», показателями методики ТОБ (р) Добрякова в категории отношения к новорожденному и шкалами методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» и в основной группе женщин, имеющих в анамнезе опыт перинатальных потерь, и в группе женщин без аналогичного опыта идентичны.

При выполнении проективной методики женщины отмечали позитивную реакцию и улучшение настроения, что может свидетельствовать о психотерапевтическом эффекте.

5. Теоретическая и практическая значимость исследования определяется его вкладом в расширение представлений о феномене материнства, реализующегося на фоне травматичного опыта в условиях рождения ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Определение особенностей отношения к новорожденному и описание особенностей субъективного восприятия женщиной ситуации рождения ребенка с заболеванием помогают выявить мишени при психологическом сопровождении женщин в раннем послеродовом периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.В., Дерманова И.Б. Семантический дифференциал жизненной ситуации // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 127-145.

2. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб: Питер, 2015. 368 с.

3. Добряков И.В., Блох М.Е., Фаерберг Л.М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. 64(3). С4–10.

4. Золотова И.А. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» в изучении отношения к новорожденному ребенку у женщин, отказывающихся от медицинского сопровождения в период беременности // Экспериментальный метод в структуре психологического знания. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. С. 725-729.

5. Золотова И.А. Личностные и регуляторные ресурсы женщины в ситуации рождения ребенка с заболеванием в период новорожденности // Личностные и регуляторные ресурсы человека в условиях социальных вызовов: мат-лы VII Международной научно-практической конференции (15–16 июня 2023 г.). Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2023. С. 222-230.

6. Пергаменщик Л.А., Петражицкая Е.А. Перинатальная потеря как кризисное событие в жизни женщины // Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология. 2020. № 1. С. 77–84.

7. Прохоров А.О. Пространственно-временная организация психического состояния // Ученые записки Казанского государственного университета. 2008. Т. 150. кн.3. С. 114-128.

8. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с.

REFERENCES

1. Aleksandrova O.V., Dermanova I.B. Semanticheskij differenczial zhiznennoj

situacii // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2018. T. 26. # 3. S. 127-145.

2. Dobryakov I.V. *Perinatal'naya psikhologiya*. SPb: Piter, 2015. 368 s.

3. Dobryakov I.V., Blokh M.E., Faerberg L.M. Perinatal'ny'e utraty: psikhologicheskie aspekty, specifikatsiya gorevaniya, formy psikhologicheskoy pomoshhi // *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*. 2015. 64(3). S4-10.

4. Zolotova I.A. Proektivnaya metodika «Moya mama, ya i moj rebenok» v izuchenii otnosheniya k novorozhdennomu rebenku u zhenshin, otkazy vayushhikhsya ot medicinskogo soprovozhdeniya v period beremennosti // *Eksperimental'nyj metod v strukture psikhologicheskogo znaniya*. M.: Izd-vo «Institut psikhologii RAN», 2012. S. 725-729.

5. Zolotova I.A. Lichnostny'e i regulatoryny'e resursy zhenshiny v situacii rozhdeniya rebenka s zabolevaniem v period novorozhdennosti // *Lichnostny'e i regulatoryny'e resursy cheloveka v usloviyakh sotsial'nykh vy'zovov: mat-ly VII Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii (15-16 iyunya 2023 g.)*. Stavropol': Izd-vo SKFU, 2023. S. 222-230.

6. Pergamenshchik L.A., Petrazhiczskaya E.A. Perinatal'naya poterya kak krizisnoe sobytie v zhizni zhenshiny // *Zhurnal Belorusskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya*. 2020. # 1. S. 77-84.

7. Prokhorov A.O. Prostranstvenno-vremennaya organizatsiya psikhicheskogo sostoyaniya // *Uchenye zapiski Kazanskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2008. T. 150. kn.3. S. 114-128.

8. Filippova G.G. *Psikhologiya materinstva: Uchebnoe posobie*. M.: Izd-vo Instituta Psikhoterapii, 2002. 240 s.

9. Leon I.G. Helping families cope with perinatal loss. *The Global Library of Women's Medicine*. 2009. Available at: https://www.researchgate.net/publication/244944608_Helping_Families_Cope_with_Perinatal_Loss (accessed 12.06.2019). doi: 10.3843/GLOWM.10418.

10. Hughes P., Riches S. Psychosocial aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2003; 15(2): 107-111. doi: 10.1097/01.gco.0000063548.93768.17.

I.A. Zolotova

SUBJECTIVE PERCEPTION BY A WOMAN OF THE SITUATION OF UNCERTAINTY ASSOCIATED WITH THE BIRTH OF A CHILD WITH A DISEASE

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The article reveals the importance of the cognitive and emotional components of the subjective perception of the situation of uncertainty and the attitude towards the child with the disease in the neonatal period. The main criterion for the formation of the sample is the birth of a child with the disease. A distinguishing feature is the presence or absence of a history of perinatal losses. It has been established that women, with an optimal attitude to the newborn, more often transmit the average level of personal involvement, emotional experience of the situation and the average level of the "energy charge" of the situation.

Keywords: disease in the neonatal period, attitude towards the newborn, experience of perinatal losses, level of involvement in the situation, the energy potential of the situation.

В.С. Собкин, Е.А. Калашникова

**ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИИ УЧАЩИХСЯ,
ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ
ФГБНУ «Федеральный научный центр психологических и междисци-
плинарных исследований (Москва).**

Резюме. На материале данных опроса, проведенного в 2021/22 гг. среди 40 575 учащихся 7–11-х классов общеобразовательных школ из 17 регионов РФ приводится сравнительный анализ показателей «жизненная позиция» в подвыборках в зависимости от включенности в систему дополнительного образования. Показано, что активное приобщение учащихся основной и старшей школы к различным видам творчества в сфере искусства является важным фактором их социального самочувствия и жизненной позиции.

Ключевые слова: подросток, художественное образование, дополнительное образование, социальное самочувствие, жизненная позиция.

Проблема приобщения к искусству в школьном возрасте является одной из ключевых в контексте проблематики психического развития и социализации. Причем, особое внимание исследователей сфокусировано на подростковом возрасте, когда ребенок при взаимодействии с окружающим миром, осуществляя социокультурные пробы, непрерывно сталкивается с ситуацией выбора различных способов реализации своей активности в зависимости от поставленных целей, условий окружающей его действительности, особенностей взаимодействующих с ним людей [5, 6, 13, 15, 16, 18, 33]. В этой связи становится актуальным широкий круг вопросов, касающихся художественного образования учащихся.

Как показывает анализ публикаций, посвященных данной тематике, только за последнее десятилетие поисковый запрос eLibrary.ru по ключевым словам «художественное образование» насчитывает более 17 тысяч названий, которые преимущественно отражают мнение учителей, родителей и представителей административных структур образовательных организаций. Причем, в целом, здесь прослеживаются две основные линии. Одна из них – это публикации, посвященные специфике проведения подростками свободного времени, что в существенной степени связано с влиянием цифровизации и возможностями доступности разных видов искусства и развлечений в структуре досуга [8, 11, 22]. Среди них специальное внимание уделяется рассмотрению вопросов, касающихся особенностей возрастных потребностей и мотивации, самоопределения, значимости взрослых, сверстников и др. [3, 6]. Другая содержательная линия публикаций посвящена системе дополнительного образования, которое играет особую роль в психическом развитии личности, индивидуальных способностей подростка, [4]. В этих публикациях обсуждается также реализация различных региональных проектов [10; 12; 14].

Вместе с тем остаются актуальными проблемы, связанные с оценкой «ре-

зультативности» и удовлетворенности дополнительным образованием с точки зрения самих учащихся. В этом отношении стоит уделить внимание не только специфике предпочтений в выборе учащимися различных видов занятий искусством в системе дополнительного образования относительно традиционных социально-демографических показателей, но и особенностям их социального самочувствия [1, 2, 5, 7, 16, 17, 19, 20]. Отметим, что исследования, касающиеся художественных предпочтений в подростковой субкультуре, которые были начаты нами еще в начале 90-х годов, позволили охарактеризовать тенденции, определяющие социокультурную динамику ценностных ориентаций подростковой субкультуры в сфере искусства: нормативную и ситуативную систему ценностей, механизмы «разблокировки» и «вытеснения»; межкультурные различия, педагогические стратегии освоения художественных ценностей [23, 24-26, 30-32, 34-36]. Помимо этого, наши исследования социального самочувствия учащихся при помощи комплекса содержательных аспектов, который мы определяем рабочим понятием *жизненная позиция* (ценностные приоритеты, сформированность жизненных планов, эмоциональная оценка своей будущей успешности, значимость социальных угроз), позволили выявить содержательные векторы, зависящие как от экономических и политических трансформаций в обществе, так и инвариантные, которые связаны с поддержанием норм подростничества: стремлением к самореализации, независимости, самостоятельности и др. [21, 29].

В настоящей статье продолжен анализ материалов, полученных в результате проведенного нами масштабного исследования особенностей приобщения подростков к искусству. В предыдущих публикациях были рассмотрены особенности занятий учащихся творчеством в структуре досуга, их предпочтения и мотивация в системе видов дополнительного образования художественной направленности с учетом традиционных социально-стратификационных факторов [27, 28]. В данной же работе основное внимание уделено своеобразию жизненной позиции учащихся: их ценностным ориентациям, степени сформированности планов, эмоциональной оценке будущих перспектив, значимости различных социальных угроз.

Характеристика выборки. Исследование выполнено на материале данных опроса, проведенного в 2020/21 гг. среди 40 575 учащихся 7–11-х классов общеобразовательных школ из 17 регионов РФ. Сравнительный анализ показателей «жизненная позиция» осуществлялся в подвыборках в зависимости от включенности в систему дополнительного образования т. е. среди тех респондентов кто указал, что занимается в различных кружках и студиях художественной направленности, и тех, кто отметил, что *не занимается в системе дополнительного образования* В табл. 1 приведена численность в исследуемых подвыборках.

Обработка материалов исследования проводилась с использованием статистического пакета программ SPSS 21 и StatSoft Statistica 7.0. Для сравнения пропорций, наблюдаемых в двух независимых выборках и выраженных процентами, использовался критерий χ^2 в модуле «Basic statistics – Difference tests» пакета StatSoft Statistica 7.0. Обсуждаемые в статье различия значимы на уровне $p \leq .05$. Факторный анализ проводился с применением метода выделения Главных компонент с вращением осей по критерию Varimax Кайзера.

Таблица 1.

Численность респондентов в подвыборках по видам занятий в зависимости от возраста (класс)

Виды занятий в системе дополнительного образования художественной направленности	Класс					Общее
	7	8	9	10	11	
Музыка	652	573	414	350	271	5262
Изобразительное искусство	562	487	361	233	163	
Театральные кружки, студии	184	199	171	162	140	
Литературные кружки	57	74	74	75	60	
Не занимаются в системе дополнительного образования	3227	3515	3884	2796	2727	16149

Ценностные ориентации. Анализ данного показателя определялся относительно распределения частоты выбора того или иного варианта ответа на вопрос: «Какие из нижеперечисленных жизненных ценностей являются для Вас наиболее значимыми?». Общее распределение и гендерные различия приведены в табл. 2.

Таблица 2.

Общее распределение и гендерные различия в ответах учащихся на вопрос о значимости жизненных ценностей, %

Варианты ответов	Общее	Мальчики	Девочки	<i>p</i>
Здоровье	69,9	73,3	66,5	,001
Успешная профессиональная деятельность	41,8	39,8	44,6	,01
Наличие близких друзей	37,7	40,7	35,3	,03
Хорошие отношения с родителями	36,1	33,3	37,0	,03
Счастливая семейная жизнь	35,5	33,7	35,6	—
Самостоятельность и независимость	28,4	25,1	31,0	,03
Достижения материального благополучия	27,2	25,2	29,3	,03
Повышение уровня своего образования	18,1	17,8	18,6	—
Духовная и физическая связь с любимым человеком	17,9	18,4	17,4	—
Возможность творческой деятельности	16,7	14,3	19,1	,03
Уважение окружающих	16,4	16,7	15,2	—
Повышение уровня своего культурного уровня	10,9	11,8	10,6	—

Из приведенных данных видно, что наиболее значимыми ценностями для учащихся являются здоровье, успешная профессиональная деятельность, хорошие отношения с родителями, счастливая семейная жизнь. Каждый четвертый-пятый указал на стремление к самостоятельности и независимости, достижению

материального благополучия, повышению уровня образования. Каждый шестой – близость с любимым человеком, возможность творческой деятельности и уважение окружающих. Повышение культурного уровня отметил лишь каждый десятый. Отметим, что для ряда жизненных ценностей характерно отсутствие гендерных различий. Они связаны с традиционными образовательными и семейными ценностями. В то же время для мальчиков более значимы здоровье и наличие близких друзей, а для девочек - целый комплекс разнообразных ценностей: поддержание хороших отношений с родителями стремление к самостоятельности и независимости, достижение материального благополучия, успешная профессиональная и творческая деятельность.

В соответствие с темой настоящей статьи особый интерес представляет сопоставление значимости жизненных ценностей между учащимися, занимающимися в кружках и студиях художественной направленности с теми школьниками, кто не включен в систему дополнительного образования. Полученные результаты показывают, что здесь существенные различия выявлены относительно комплекса ценностей, связанных с личностным развитием. Например, среди занимающихся в литературных кружках, по сравнению с теми, кто не включен в систему дополнительного образования, более значимыми оказываются: успешная профессиональная деятельность, (соответственно 48,3% и 42,1%); повышение культурного уровня (соответственно 23,6% и 10,7%); возможность творческой деятельности (соответственно 29,5% и 16,5%).

Степень сформированности планов на будущее. Анализ данного показателя определялся относительно выбора варианта ответа на вопрос в следующей формулировке: «Вы на пороге взрослой жизни. Выберите из предложенных ниже суждений то, которое наиболее соответствует Вашей позиции: а) «я отчетливо представляю себе свое будущее»; б) «мои жизненные планы на сегодня еще не определены»; в) «я предпочитаю думать о сегодняшнем дне, а не строить всевозможные проекты»; г) «я думаю о своем будущем, но не могу определиться». Общее распределение ответов и гендерные различия приведены в табл. 3.

Таблица 3.

Общее распределение и гендерные различия в ответах учащихся на вопрос о степени сформированности планов на будущее, %

Варианты ответов	Общее	Мальчики	Девочки	p
Думаю о своем будущем, но не могу определиться	36,2	31,6	39,8	,0 1
Отчетливо представляю себе свое будущее	34,6	37,7	33,4	,0 3
Мои жизненные планы еще не определены	16,2	17,9	14,3	,0 3
Предпочитаю думать о сегодняшнем дне, а не строить всевозможные проекты	13,0	12,9	12,5	—

Из приведенных данных видно, что треть учащихся (36,2%) склонна к проблематизации своего будущего («думаю, но не могу определиться») либо «отчетливо представляет себе свои перспективы» (34,6%). У каждого шестого планы «не определены» (16,2%), а у 13% отличаются ситуативностью («предпочитаю думать о сегодняшнем дне»). Девочки по сравнению с мальчиками более склонны к проблематизации, в то время как планы мальчиков чаще либо «отчетливы» или наоборот, «не определены».

С переходом в старшие возрастные параллели планы учащихся становятся более определенными. Так, с 28,7% в 7-м до 42,3% в 11-м классе увеличивается доля тех, кто «отчетливо представляет себе свое будущее».

При сравнительном анализе ответов учащихся, занимающихся различными видами художественного творчества, с теми, кто не включен в систему дополнительного образования, выявлены заметные различия. Например, на отчетливость своих планов чаще указывают школьники, занимающиеся в литературных кружках (соответственно: 47,4% и 33,0%).

Эмоциональная оценка перспектив. Чтобы выяснить, как учащиеся оценивают свои перспективы, им предлагалось выбрать одну из трех формулировок при ответе на вопрос: «Каждый человек по-разному оценивает свои личные перспективы: «я с уверенностью и оптимизмом смотрю в завтрашний день»; «я не уверен, что жизнь сложится удачно» и «я со страхом и пессимизмом жду завтрашнего дня» (табл. 4).

Таблица 4.

Общее распределение и гендерные различия ответов учащихся на вопрос об эмоциональной оценке своих будущих перспектив, %

Варианты ответов	Общее	Мальчики	Девочки	p
Уверенность, оптимизм	55,5	60,0	52,9	,001
Сомнение	39,1	35,8	42,1	,05
Страх, пессимизм	5,4	4,1	6,0	,03

Из приведенных данных видно, что большинство учащихся «с уверенностью и оптимизмом» относится к своему будущему, а чуть более трети испытывают «сомнение». Оценивает же свои перспективы «со страхом и пессимизмом» лишь незначительное число – 5,4%. При этом мальчики, по сравнению с девочками, более уверены в своем будущем, в то время как девочки чаще с сомнением, страхом и пессимизмом относятся к своим перспективам.

При сравнительном анализе ответов учащихся, не включенных в систему дополнительного образования по сравнению с теми, кто занимается различными видами художественного творчества, больше тех, кто не уверен относительно успешности своего будущего. Например, они чаще отмечают вариант «сомневаюсь, что жизнь сложится удачно» по сравнению с занимающимися в литературных и театральных кружках (соответственно: 41,9% и 33,0%, 34,5%).

Оценка значимости социальных угроз. Данный показатель определялся при помощи анализа ответов учащихся на закрытый вопрос: «Что беспокоит Вас больше всего в будущем?», где из предложенного списка респонденту предлагалось выбрать наиболее значимые для него угрозы (табл. 5).

Таблица 5.

Общее распределение и гендерные различия в ответах учащихся на вопрос об оценке значимости социальных угроз, %

Варианты ответов	Об- щее	Маль- чики	Де- вочки	<i>p</i>
Я боюсь, что не смогу обеспечить материально свою семью	47,4	46,3	48,3	—
У меня нет уверенности, что я выбрал(а) себе профессию правильно	26,2	22,3	28,9	,01
Я опасаюсь, что у меня не сложится личная жизнь	26,0	27,1	25,4	—
Меня беспокоит мое здоровье	12,9	10,8	14,4	,01
Я не уверен(а), что смогу жить самостоятельно	10,6	8,7	11,9	,03
Я думаю, что не обладаю внешней привлекательностью	10,0	8,4	11,1	,01
Меня ничего не беспокоит в будущем	15,9	20,2	13,2	,001

Из приведенных данных видно, что наиболее значимой угрозой, является опасение, связанное с «материальным обеспечением» своей будущей семьи (47,4%). Каждый третий-четвертый отмечает отсутствие уверенности в правильности «выбора профессии» (26,2%) и своей успешности в «личной жизни» (26,0%). Каждый десятый опасается: за свое «здоровье» (12,9%), способность «жить самостоятельно» (10,6%), отсутствие «внешней привлекательности» (10,0%). И в то же время 15,9% опрошенных подростков подчеркивает свое жизненное благополучие, указывая, что их «ничто в будущем не беспокоит»; причем это чаще отмечают мальчики по сравнению с девочками.

При сравнительном анализе ответов в подвыборках тех, кто занимается различными видами художественного творчества с теми, кто не включен в систему дополнительного образования, наиболее заметные различия выявлены относительно угроз, связанных с правильностью выбора будущей профессии. Так, на это чаще указывают те, кто занимается в театральных кружках (соответственно: 31,3% и 26,6%). Более обеспокоены своим здоровьем те, кто занимается в литературных кружках (соответственно: 18,0% и 13,9%).

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что на различные аспекты «жизненной позиции» подростка (его ценностные ориентации, степень сформированности планов, эмоциональная оценка будущих перспектив, значимость различных социальных угроз) оказывают влияние не только традиционные социально-демографические характеристики, но и его включенность в систему дополнительного образования.

Однако, остается открытым вопрос о структурных особенностях «жизненной позиции» подростков, занимающихся различными видами художественно-творческой деятельности на разных возрастных этапах обучения в школе. Иными

словами, проблему можно обозначить как выявление своеобразия содержательных особенностей изменения возрастных траекторий «жизненной позиции» учащихся, занимающихся разными видами художественного творчества, в сопоставлении со спецификой возрастной динамики «жизненной позиции» школьников, не включенных в систему дополнительного образования. Подобная постановка вопроса предполагает проведение факторного анализа полученных данных.

Структурные особенности возрастных изменений «жизненной позиции» учащихся. Использование факторного анализа полученных данных позволяет ответить на два содержательных вопроса. Первый касается взаимосвязи различных аспектов «жизненной позиции» между собой, что позволяет выявить своеобразие корреляций различных ценностей, социальных угроз, сформированности планов и эмоциональной оценки своих перспектив. В этом отношении выявление факторов можно рассматривать как «ценностно ориентированное пространство» социализации – *хронотоп* подросткового развития. Второй же вопрос связан с определением своеобразия содержательных особенностей «жизненной позиции» подростков в зависимости от занятий тем или иным искусством на разных возрастных этапах. В более обобщенном виде это ответ на вопрос о возрастных *типах* траекторий развития.

Для решения этих задач была сформирована матрица первичных данных размерностью 25×10 (строка×столбец), где в строках содержались формулировки ответов на вопросы о ценностях, степени сформированности планов, эмоциональной оценке своих перспектив, значимости социальных угроз, а в столбцах – подвыборки учащихся 7-го и 11-го классов в зависимости от включенности школьников в систему дополнительного образования с учетом вида художественной направленности, а также и не занимающихся в системе дополнительного образования. Ячейка матрицы (пересечение строки и столбца) обозначает процент выбора того или иного варианта ответа респондентов на вопросы о «жизненной позиции» в соответствующей подвыборке. В результате проведения факторного анализа были получены четыре фактора, объясняющие 87,7% общей суммарной дисперсии (табл. 6).

Структура первого биполярного фактора F1 (вклад в общую суммарную дисперсию 37,6%). Его положительный полюс определяется оптимизмом в оценке своего будущего и ценностями, связанными со стремлением к достижению образовательных и профессиональных результатов, проявлениям самостоятельности и независимости. Его отрицательный полюс представлен формулировками, касающимися проблематизации и неопределенности будущих планов, сомнений в реализации способности жить самостоятельно. Таким образом данный биполярный фактор представляет оппозицию между жизненными установками, определяющими, с одной стороны, стремление к самостоятельности, социальной успешности, а с другой, проблематизацию будущего, неуверенность в собственных возможностях. В целом, данный фактор можно обозначить через оппозицию *«независимость, стремление к социальной самореализации, оптимизм – проблематизация, неуверенность»*.

Таблица 6.

Структура выделенных факторов, процент в суммарной дисперсии и весовые нагрузки показателей.

Содержание выделенных факторов	% в суммарной дисперсии и весовые нагрузки показателей
<i>F1(+)</i> независимость, стремление к социальной самореализации, оптимизм	37,6%
Повышение своего культурного уровня	,879
С уверенностью и оптимизмом смотрю в завтрашний день	,870
Отчетливо представляю себе свое будущее	,828
Успешная профессиональная деятельность	,802
Возможность творческой деятельности	,798
Предпочитаю думать о сегодняшнем дне, а не строить всевозможные проекты	,737
Самостоятельность и независимость	,737
Повышение уровня своего образования	,544
<i>F1(-)</i> проблематизация, неуверенность	
Не уверен(а), что смогу жить самостоятельно	-,902
Есть сомнения в том, что жизнь сложится удачно	-,892
Я думаю о своем будущем, но не могу определиться	-,845
Мои жизненные планы на сегодня еще не определены	-,714
<i>F2(+)</i> материальное и физическое благополучие	20,6%
Боюсь, что не смогу обеспечить материально свою семью	,886
Достижение материального благополучия	,731
Меня беспокоит мое здоровье	,698
Духовная и физическая близость с любимым человеком	,691
<i>F2(-)</i> значимость микро-социального окружения	
Уважение окружающих	-,845
Хорошие отношения с родителями	-,841
Наличие близких друзей	-,685
<i>F3(+)</i> пессимизм относительно будущей семейной жизни	18,3%
Думаю, что не обладаю внешней привлекательностью	,902
Опасаясь, что у меня не сложится личная жизнь	,820
Со страхом и пессимизмом жду завтрашнего дня	,654
<i>F3(-)</i> ценность семейного благополучия	
Счастливая семейная жизнь	-,878
<i>F4(+)</i> неуверенность в профессиональной самореализации	11,3%
Нет уверенности, что я выбрал(а) себе профессию правильно	,652
<i>F4(-)</i> физическое благополучие	
Здоровье	-,831

На положительном полюсе второго биполярного фактора F2 (20,6%) сгруппировались ценности, выражающие стремление к достижению материального и физического благополучия. На отрицательном же полюсе расположились ценности, определяющие значимость для подростка микро-социального окружения – родители, друзья, уважение окружающих. Таким образом, данный фактор можно обозначить через оппозицию *«материальное и физическое благополучие – значимость микросоциального окружения»*.

Положительный полюс третьего биполярного фактора F3 (18,3%) определяют опасения по поводу будущей личной жизни и собственной привлекательности, которые коррелируют с крайне негативными оценками относительно своих перспектив («страх, пессимизм»). Отрицательный же полюс содержит лишь одну ценность, связанную с благоприятной реализацией в семейной жизни – «счастливая семейная жизнь». Этот фактор можно обозначить через оппозицию: *«пессимизм относительно будущей семейной жизни – ценность семейного благополучия»*.

И, наконец, четвертый биполярный фактор F4 (11,3%) прост по своей структуре. На положительном полюсе опасение, связанное с выбором профессии («не уверен, что выбрал профессию правильно»), на отрицательном – ценность физического благополучия («здоровья»). Его можно обозначить через оппозицию таких жизненных установок как: *«неуверенность в профессиональной самореализации – физическое благополучие»*.

Таким образом, выделенные четыре фактора определяют основные ценностные векторы, характеризующие содержательное своеобразие социокультурной ситуации развития, – подростковый *хронотоп*. Причем, «время» здесь определяется особенностями «жизненной позиции» учащихся различных возрастных параллелей.

Обращаясь к рисунку 1, отметим несколько моментов. Первый из них связан с размещением учащихся в квадранте III. Как мы видим, здесь разместились все подвыборки семиклассников вне зависимости от направленности их занятий художественным творчеством, а также здесь присутствуют и те, кто не включен в систему дополнительного образования. Это позволяет сделать вывод о том, что своеобразие «жизненной позиции» в младшем подростковом возрасте характеризуется отсутствием дифференциации в зависимости от приобщения к системе художественного дополнительного образования. При этом содержательная доминанта «жизненной позиции» определяется неуверенностью в своей самостоятельности (F1-) и значимостью микро-социального окружения (F2-).

Второй момент заключается в возрастной направленности изменения «жизненной позиции» учащихся, включенных в систему дополнительного художественного образования (11-классники, занимающиеся в разных художественных кружках и студиях). Причем мы видим, что общей тенденцией для них является явное усиление тенденций, связанных со стремлением к независимости, социальной самореализации и оптимистической оценкой своих жизненных перспектив. Это выражено в положительных значениях по фактору F1(+).

Третий момент состоит в явном влиянии вида художественных занятий в старшем школьном возрасте. Так, 11-классники, занимающиеся изобразительным искусством и музыкой разместились в квадранте I. Таким образом их «жизненная позиция» характеризуется сочетанием стремления к самореализа-

ции, оптимизмом F1(+) и в то же время выраженным стремлением к материальному и физическому благополучию F2(+).

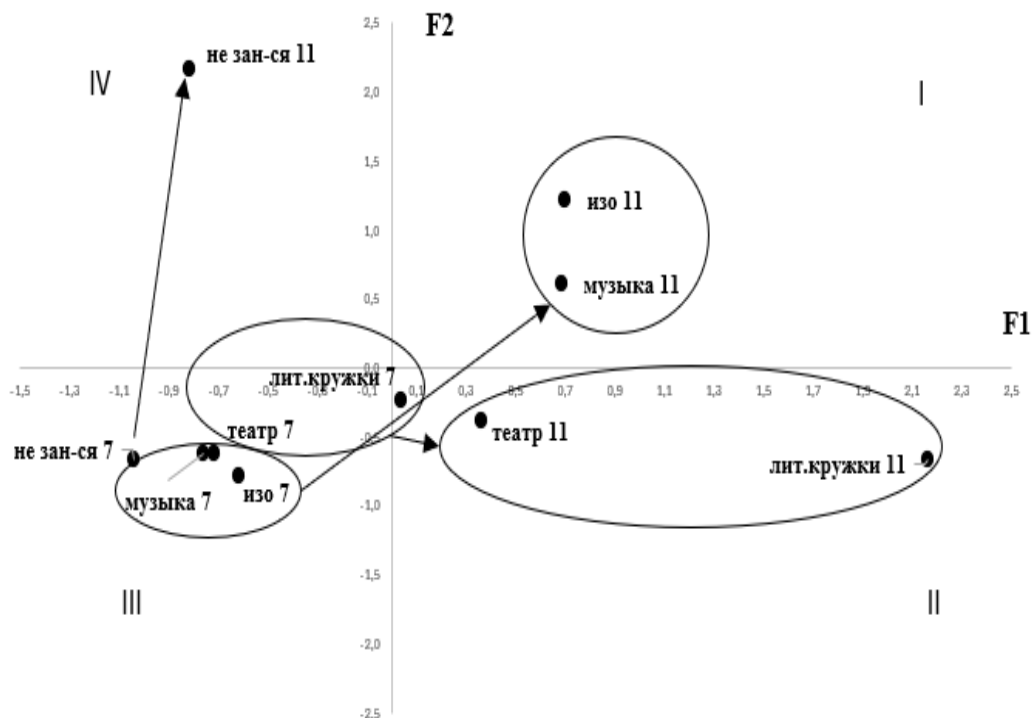


Рисунок 1. Размещение подвыборок учащихся 7-х и 11-х классов, занимающихся в кружках и студиях художественной направленности и тех, кто не включен в систему дополнительного образования, в пространстве факторов F1(+/-) «независимость, стремление к социальной самореализации, оптимизм – проблематизация, неуверенность» и F2(+/-) «материальное и физическое благополучие – значимость микро-социального окружения».

Обозначения: 7, 11 – классы; музыка, театр, изо и т. п – вид занятий в системе дополнительного образования художественной направленности; «не занимаюсь» - подростки, не включенные в систему дополнительного образования.

Другая траектория – тип развития «жизненной позиции» – характерна для учащихся, занимающихся в литературных кружках и театральных студиях. Как мы видим, здесь 11-классники, разместились в квадранте II. Их «жизненная позиция» характеризуется сочетанием стремления к самореализации, оптимизмом F1(+) и в то же время выраженной значимостью микро-социального окружения F2(-): хорошие отношения с родителями, наличие друзей и уважения окружающих.

Таким образом, занятие разными видами художественной деятельности проявляются и в различиях возрастных траекторий изменения «жизненной позиции» школьников.

И, наконец, четвертый момент, касается своеобразия возрастных изменений «жизненной позиции» учащихся, не включенных в систему дополнительного образования. Как мы видим, здесь 11-классники разместились в квадранте IV. Иными словами, у них, как и у 7-классников, явно выражены несамостоятельность, неуверенность в своем будущем, несформированность планов. При этом возрастная динамика связана с выраженной ориентацией на материальное и физическое благополучие.

В целом, результаты факторного анализа позволяют сделать однозначный вывод о позитивном влиянии на «жизненную позицию» подростков приобщения к различным видам художественной деятельности. При этом ключевым содержательным моментом здесь выступает ориентация на стремление к социальной самореализации, оптимизм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А.И., Карцева Л.В. Сравнительное исследование социального самочувствия подростков // «Теоретические и практические проблемы развития современной науки». Сб. мат-лов 3-й международной науч.-практ. конф. 2013. С. 205–220.

2. Васильева О.С., Грачева Н.М. Особенности представлений о себе и мире и их взаимосвязь с уровнем самоактуализации и смысложизненными ориентациями у современных старшеклассников // Гуманитарные и социальные науки. 2015. № 5. С. 201–213.

3. Герасина С.Ю. Мотивация выбора подростками досуговой деятельности // NovaInfo.Ru. 2019. № 104. С. 101-103. EDN PYGANX.

4. Дубровина И.В. Досуг школьников как психологическая проблема родителей // Гуманизация образования. 2015. № 2. С.12–20.

5. Зернов Д.В., Шикунова И.В. Фемининность, маскулинность и отклоняющееся поведение школьников // Социальные преобразования и социальные проблемы. Сб. науч. трудов. Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, научно-исследовательский социологический центр. Нижний Новгород. 2015. С. 38–57.

6. Иванова М.В. Особенности современного эстетического образования и его реализация в общем и дополнительном образовании // Образовательный форсайт. 2022. № 3 (15). С.119-125

7. Информационно-аналитический отчет по результатам социологического исследования «Социальное самочувствие подростков в современных условиях // МАУ «Институт развития стратегических инициатив». Ярославль. 2019. 19 с. URL: <https://indsi.ru/wp> (дата обращения: 20.03.2023).

8. Каменская В.Г., Томанов Л.В. Цифровые технологии и их влияние на социальные и психологические характеристики детей и подростков // Экспериментальная психология. 2022. Т. 15. № 1. С. 139–159. doi: <https://doi.org/10.17759/exppsy.2022150109>

9. Концепция развития системы дополнительного образования детей до 2030 г. <https://3flgkklAJ2ENBbCFVEkA3cTOSiypicBo.pdf> (government.ru) (дата обращения: 28.03.2023)

10. Кечаева М.В., Салынина С.Ю. Роль системы дополнительного образования детей в процессе социализации личности // Современные проблемы науки и образования 2023, № 1, [Электронный ресурс] (science

education.ru) (дата обращения 20.01.2024 г.)

11. Колосова Е.А., Дростэ М.А. Потребительское поведение московских подростков на рынке развлекательных услуг: опыт социологического анализа // Комплексные исследования детства. 2022. Т. 4, № 3, с. 163–170.

12. Косарецкий С.Г., Гошин М.Е., Иванов И.Ю. Участие школьников в дополнительном образовании // «Мониторинг экономики образования». 2022. Вып. 13 (30). М.: НИУ ВШЭ, 59 с.

13. Модернизация художественного образования: проблемы и решения. Коллективная монография / Е.М. Акишина, Л.Л. Алексеева, А.П. Альбов [и др.]. М.: Институт художественного образования и культурологии РАО, 2019. 421 с. ISBN 978-5-905451-67-6. – EDN IQNUSJ.

14. Мониторинг дополнительного образования художественной направленности. 2019 РФ ФГБУК «Всероссийский центр развития художественного творчества и гуманитарных технологий» [Электронный ресурс] <http://dop.edu.ru/article/34917/monitoring-dopolnitelnogo-obrazovaniyakhudozhestvennoi-napravlenosti--2019> (дата обращения 20.01.2024 г.)

15. Низамутдинова С.М. Задачи творческого обучения и воспитания в цифровую эпоху. // Bulletin of the International Centre of Art and Education. 2021. № 2. С. 274-281. EDN: KIUFTH https://psy.su/mod_files/additions_1/file_file_additions_1_9135.pdf

16. Поливанова К.Н. Практики развития: взросление в современном мире [Электронный ресурс] // Мат-лы научно-экспертного семинара «Новое детство». URL: <http://psyjournals.ru/newchildhood/issue/56295.shtml> (дата обращения: 20.01.2024).

17. Прямикова Е.В., Шалагина Е.В., Шапко И.В. Особенности изучения ценностных ориентаций подростков в современном обществе: опыт прикладных исследований // Молодежь в меняющемся мире: вызовы современности. Мат-лы IX Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых / отв. ред. В.А. Герт. 2017. С. 152–161.

18. Психология. Литература. Театр. Кино: коллективная монография / под общ. ред. Н.Л. Карповой. М.: Ассоциация школьных библиотекарей русского мира (РШБА). 2020. 432 с.

19. Собкин В.С. Особенности социализации в старшем школьном возрасте: социокультурные траектории ценностных трансформаций // Мир психологии. 1998. № 1(13). С. 26–54.

20. Собкин В.С. Старшеклассник в мире политики. Эмпирическое исследование. М.: ЦСО РАО, 1997. 320 с.

21. Собкин В.С., Ваганова М.В. Российский подросток: жизненные перспективы и страхи // Социокультурные трансформации подростковой субкультуры: Труды по социологии образования. Т. XI. Вып. XX / под ред. В.С. Собкина. М.: Центр социологии образования РАО, 2006. С. 7-18.

22. Собкин В.С., Евстигнеева Ю.М. Подросток: виртуальность и социальная реальность. По материалам социологических исследований // Труды по социологии образования. Т. VI. Вып. X. М.: Центр социологии образования РАО, 2001. 156 с.

23. Собкин В.С., Иванов И.Д. Отношение современных школьников Москвы и Риги к СМИ и художественной культуре (кросскультурное сопоставление) // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XVI. Вып.

XXVIII. М.: Институт социологии образования РАО, 2012. С. 56 – 73

24. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Ученик основной школы: отношение к дополнительному образованию // Вопросы психологии. 2013. № 4. С. 16-26.

25. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Подросток в системе дополнительного образования: социально-психологические аспекты // Психолого-педагогический поиск. 2016. № 2 (38). С.43-68

26. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Отношение к дополнительному образованию учащихся основной и старшей школы: социально-психологические аспекты // Национальный психологический журнал. 2018. № 1 (29). С. 63-76.

27. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Дополнительное образование и активность приобщения подростков к художественной культуре // Вестник РУДН. Серия Психология и педагогика (в печати).

28. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Влияние включенности в систему дополнительного образования на стилевые особенности приобщения к искусству учащихся основной и старшей школы // Современные направления исследований в психологии: вызовы третьего десятилетия XXI века. Мат-лы Международной науч.-практ. конф., посвященной 100-летию со дня рождения Г.В. Телятникова, 30-летию факультета психологии Тверского государственного университета. Тверь, 01–02 июня 2023 года. Тверь: Тверской государственный университет, 2023. С. 158-164. EDN YFWXUH.

29. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Особенности межпоколенных различий в жизненной позиции подростков // Социальная психология и общество. 2019. Т. 10. № 3. С. 19–39. doi: 10.17759/sps2019100302 http://psyjournals.ru/social_psy/2019/n3/index.shtml

30. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Профессиональные предпочтения учащихся и социокультурные трансформации профессиональных групп // Социальная психология и общество. 2020. Т. 11. № 3. С. 114–134. doi:10.17759/sps.2020110308

31. Собкин В.С., Калашникова Е.А., Лыкова Т.А. Индивидуализация образования: от дополнительного к начальному профессиональному // Практики развития: современный конфликт индивидуального и массового образования. Мат-лы 23-й науч.-практ. конф. Красноярск, апрель 2016 г. Красноярск, 2017. С.78-94

32. Собкин В.С., Калашникова Е.А., Лыкова Т.А. Особенности ценностных ориентаций в художественной культуре современного подростка / «Перспективы развития исследований в сфере наук об образовании». Мат-лы международной науч.-практ. конф. 2022. С. 476-480

33. Собкин В.С., Левин В.А. Художественное образование и эстетическое воспитание // Вопросы психологии. 1989. № 1. С. 24-31.

34. Собкин В.С., Писарский П.С. Динамика художественных предпочтений старшеклассников. По материалам социологических исследований 1976 и 1991 гг. М.: Министерство образования РФ, 1992. 79 с.

35. Собкин В.С., Писарский П.С. Социокультурный анализ образовательной ситуации в мегаполисе. М.: Министерство образования РФ, 1992. 159 с.

36. Собкин В.С., Писарский П.С. Ценностные ориентации старшеклассников

начала 90-х. Кросскультурное сопоставление (Москва-Амстердам) // Ценностно-нормативные ориентации современного старшеклассника. Труды по социологии образования. Т. 1. Вып. 2. М., 1993. С. 6–63.

REFERENCES

1. Belova A.I., Karczeva L.V. Sravnitel'noe issledovanie soczial'nogo samochuvstviya podrostkov // «Teoreticheskie i prakticheskie problemy` razvitiya sovremennoj nauki». Sb. mat-lov 3-j mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. 2013. S. 205–220.
2. Vasil'eva O.S., Gracheva N.M. Osobennosti predstavlenij o sebe i mire i ikh vzaimosvyaz` s urovnem samoaktualizacii i smy'slozhiznenny`mi orientacijami u sovremenny`kh starsheklassnikov // Gumanitarny`e i soczial'ny`e nauki. 2015. # 5. S. 201–213.
3. Gerasina S.Yu. Motivacziya vy`bora podrostkami dosugovoj deyatel'nosti // NovaInfo.Ru. 2019. # 104. S. 101-103. EDN PYGANX.
4. Dubrovina I.V. Dosug shkol'nikov kak psikhologicheskaya problema roditel'ej // Gumanizacziya obrazovaniya. 2015. # 2. S.12–20.
5. Zernov D.V., Shikunova I.V. Femininnost`, maskulinnost` i otklonyayushheesya povedenie shkol'nikov // Soczial'ny`e preobrazovaniya i soczial'ny`e problemy`. Sb. nauch. trudov. Nizhegorodskij gosudarstvenny`j universitet im. N.I. Lobachevskogo, nauchno-issledovatel'skij sociologicheskij centr. Nizhnij Novgorod. 2015. S. 38–57.
6. Ivanova M.V. Osobennosti sovremennogo e`steticheskogo obrazovaniya i ego realizacziya v obshhem i dopolnitel'nom obrazovanii // Obrazovatel'ny`j forsajt. 2022. # 3 (15). S.119-125
7. Informacionno-analiticheskij otchet po rezul'tatam sociologicheskogo issledovaniya «Soczial'noe samochuvstvie podrostkov v sovremenny`kh usloviyakh // MAU «Institut razvitiya strategicheskikh inicziativ». Yaroslavl`. 2019. 19 s. URL: <https://indi.ru/wp> (data obrashheniya: 20.03.2023).
8. Kamenskaya V.G., Tomanov L.V. Czifrovy`e tekhnologii i ikh vliyanie na soczial'ny`e i psikhologicheskije kharakteristiki detej i podrostkov // E`ksperimental'naya psikhologiya. 2022. T. 15. # 1. С. 139–159. doi: <https://doi.org/10.17759/expsy.2022150109>
9. Konczepcziya razvitiya sistemy` dopolnitel'nogo obrazovaniya detej do 2030 g. [https:// 3fIgkklAJ2ENBbCFVEkA3cTOsiypicBo.pdf](https://3fIgkklAJ2ENBbCFVEkA3cTOsiypicBo.pdf) (government.ru) (data obrashheniya: 28.03.2023)
10. Kechaeva M.V., Saly`nina S.Yu. Rol` sistemy` dopolnitel'nogo obrazovaniya detej v processe soczializaczii lichnosti // Sovremenny`e problemy` nauki i obrazovaniya 2023, # 1, [E`lektronny`j resurs] (science education.ru) (data obrashheniya 20.01.2024 g.)
11. Kolosova E.A., Droste` M.A. Potrebitel'skoe povedenie moskovskikh podrostkov na ry`nke razvlekatel'ny`kh uslug: opy`t sociologicheskogo analiza // Kompleksny`e issledovaniya detstva. 2022. T. 4, # 3, s. 163–170.
12. Kosareczkij S.G., Goshin M.E., Ivanov I.Yu. Uchastie shkol'nikov v dopolnitel'nom obrazovanii // «Monitoring e`konomiki obrazovaniya». 2022. Vy`p. 13 (30). M.: NIU VShE`, 59 s.
13. Modernizacziya khudozhestvennogo obrazovaniya: problemy` i resheniya. Kollektivnaya monografiya / E.M. Akishina, L.L. Alekseeva, A.P. Al'bov [i dr.]. M.: Institut khudozhestvennogo obrazovaniya i kul'turologii RAO, 2019. 421 s. ISBN 978-5-905451-67-6. – EDN IQNUSJ.

14. Monitoring dopolnitel'nogo obrazovaniya khudozhestvennoj napravlenosti. 2019 RF FGBUK «Vserossijskij cenzr razvitiya khudozhestvennogo tvorchestva i gumanitarny`kh tekhnologij» [E`lektronny`j resurs] <http://dop.edu.ru/article/34917/monitoring-dopolnitelnogo-obrazovaniyakhudozhestvennoi-napravlenosti--2019iya> (data obrashheniya 20.01.2024 g.)
15. Nizamutdinova S.M. Zadachi tvorcheskogo obucheniya i vospitaniya v czifrovuyu e`pokhu. // Bulletin of the International Centre of Art and Education. 2021. # 2. S. 274-281. EDN: KIUUFThhttps://psy.su/mod_files/additions_1/fle_file_additions_1_9135.pdf
16. Polivanova K.N. Praktiki razvitiya: vzroslenie v sovremennom mire [E`lektronny`j resurs] // Mat-ly` nauchno-e`kspertnogo seminaru «Novoe detstvo». URL: <http://psyjournals.ru/newchildhood/issue/56295.shtml> (data obrashheniya: 20.01.2024).
17. Pryamikova E.V., Shalagina E.V., Shapko I.V. Osobennosti izucheniya czennostny`kh orientaczij podrostkov v sovremennom obshhestve: opy`t prikladny`kh issledovanij // Molodezh` v menyayushhemsya mire: vy`zovy` sovremennosti. Mat-ly` IKh Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferenczii molody`kh ucheny`kh / otv. red. V.A. Gert. 2017. S. 152–161.
18. Psikhologiya. Literatura. Teatr. Kino: kolektivnaya monografiya / pod obshh. red. N.L. Karpovoj. M.: Assocziaczia shkol`ny`kh bibliotekarej russkogo mira (RShBA). 2020. 432 s.
19. Sobkin V.S. Osobennosti soczializaczii v starshem shkol`nom vozraste: socziokul`turny`e traektorii czennostny`kh transformaczij // Mir psikhologii. 1998. # 1(13). S. 26–54.
20. Sobkin V.S. Starsheklassnik v mire politiki. E`mpiricheskoe issledovanie. M.: CzSO RAO, 1997. 320 s.
21. Sobkin V.S., Vaganova M.V. Rossijskij podrostok: zhiznenny`e perspektivy` i strakhi // Socziokul`turny`e transformaczii podrostkovoju subkul`tury`: Trudy` po socziologii obrazovaniya. T. XI. Vy`p. XX / pod red. V.S. Sobkina. M.: Cenzr socziologii obrazovaniya RAO, 2006. S. 7-18.
22. Sobkin V.S., Evstigneeva Yu.M. Podrostok: virtual`nost` i soczial`naya real`nost`. Po materialam socziologicheskikh issledovanij // Trudy` po socziologii obrazovaniya. T.VI. Vy`p. X. M.: Cenzr socziologii obrazovaniya RAO, 2001. 156 s.
23. Sobkin V.S., Ivanov I.D. Otnoshenie sovremenny`kh shkol`nikov Moskvy` i Rigi k SMI i khudozhestvennoj kul`ture (krosskul`turnoe sopostavlenie) // Socziologiya obrazovaniya. Trudy` po socziologii obrazovaniya. T.XVI. Vy`p. XXVIII. M.: Institut socziologii obrazovaniya RAO, 2012. S. 56 – 73
24. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Uchenik osnovnoj shkoly`: otnoshenie k dopolnitel`nomu obrazovaniyu // Voprosy` psikhologii. 2013. # 4. S. 16-26.
25. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Podrostok v sisteme dopolnitel`nogo obrazovaniya: soczial`no-psikhologicheskie aspekty` // Psikhologo-pedagogicheskij poisk. 2016. # 2 (38). S.43-68
26. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Otnoshenie k dopolnitel`nomu obrazovaniyu uchashhikhsya osnovnoj i starshej shkoly`: soczial`no-psikhologicheskie aspekty` // Naczional`ny`j psikhologicheskij zhurnal. 2018. # 1 (29). S. 63-76.
27. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Dopolnitel`noe obrazovanie i aktivnost` priobshheniya podrostkov k khudozhestvennoj kul`ture // Vestnik RUDN. Seriya Psikhologiya i pedagogika (v pechati).
28. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Vliyanie vkluchennosti v sistemu

dopolnitel'nogo obrazovaniya na stilevy`e osobennosti priobshheniya k iskusstvu uchashhikhsya osnovnoj i starshej shkoly` // Sovremenny`e napravleniya issledovanij v psikhologii: vy`zov` tret'ego desyatiletija XXI veka. Mat-ly` Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf., posvyashhennoj 100-letiyu so dnya rozhdeniya G.V. Telyatnikova, 30-letiyu fakul'teta psikhologii Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Tver`, 01–02 iyunya 2023 goda. Tver`: Tverskoj gosudarstvennyj universitet, 2023. S. 158-164. EDN YFWXUH.

29. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Osobennosti mezhpokolenny`kh razlichij v zhiznenoj poziczii podrostkov // Soczial'naya psikhologiya i obshhestvo. 2019. T. 10. # 3. S. 19–39. doi: 10.17759/sps2019100302 http://psyjournals.ru/social_psy/2019/n3/index.shtml

30. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Professional'ny`e predpochteniya uchashhikhsya i socziokul'turny`e transformaczii professional'ny`kh grupp // Soczial'naya psikhologiya i obshhestvo. 2020. T. 11. # 3. S. 114–134. doi:10.17759/sps.2020110308

31. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A., Ly`kova T.A. Individualizaczija obrazovaniya: ot dopolnitel'nogo k nachal'nomu professional'nomu // Praktiki razvitiya: sovremennyj konflikt individual'nogo i massovogo obrazovaniya. Mat-ly` 23-j nauch.-prakt. konf. Krasnoyarsk, aprel' 2016 g. Krasnoyarsk, 2017. S.78-94

32. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A., Ly`kova T.A. Osobennosti czennostny`kh orientaczij v khudozhestvennoj kul'ture sovremennogo podrostka / «Perspektivy` razvitiya issledovanij v sfere nauk ob obrazovanii». Mat-ly` mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. 2022. S. 476-480

33. Sobkin V.S., Levin V.A. Khudozhestvennoe obrazovanie i e`steticheskoe vospitanie // Voprosy` psikhologii. 1989. # 1. S. 24-31.

34. Sobkin V.S., Pisarskij P.S. Dinamika khudozhestvenny`kh predpochtenij starsheklassnikov. Po materialam socziologicheskikh issledovanij 1976 i 1991 gg. M.: Ministerstvo obrazovaniya RF, 1992. 79 s.

35. Sobkin V.S., Pisarskij P.S. Socziokul'turny`j analiz obrazovatel'noj situaczii v megapolise. M.: Ministerstvo obrazovaniya RF, 1992. 159 s.

36. Sobkin V.S., Pisarskij P.S. Czennostny`e orientaczii starsheklassnikov nachala 90-kh. Krosskul'turnoe sopostavlenie (Moskva-Amsterdam) // Czennostno-normativny`e orientaczii sovremennogo starsheklassnika. Trudy` po socziologii obrazovaniya. T. 1. Vy`p. 2. M., 1993. S. 6–63.

V.S. Sobkin, E.A. Kalashnikova

FEATURES OF THE LIFE POSITION OF STUDENTS ENGAGED IN THE SYSTEM OF ADDITIONAL EDUCATION IN THE ARTS

FSBI «Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research» (Moscow).

Summary. Based on survey data conducted in 2021/22. among 40,575 students in grades 7–11 of general education schools from 17 regions of the Russian Federation, a comparative analysis of “life position” indicators is provided in subsamples depending on inclusion in the additional education system. It is shown that the active involvement of primary and high school students in various types of creativity in the field of art is an important factor in their social well-being and life position.

Keywords: teenager, art education, additional education, social well-being, life position.

УДК 616.89-008.434-053.4-07:616.896

С.А. Гребень

**СТРАТЕГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА «ОПРЕДЕЛЕНИЕ
РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ 4-7 ЛЕТ С АУТИЗМОМ»
В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Республиканский научно-практический центр оториноларингологии
(Минск).

Резюме. Речевые нарушения у детей с аутизмом имеют большое разнообразие клинических проявлений, что создает большие трудности при выборе как конкретных методик для их диагностики, так и общей стратегии специализированной медицинской помощи в дальнейшем. Объективизация речевого симптомокомплекса с помощью научно обоснованного диагностического метода «Определение речевых нарушений у детей 4-7 лет с аутизмом» дает возможность построения речевого профиля ребенка, что способствует спецификации принципов его коррекции. Целесообразность использования метода обосновывается по результатам анализа диагностической эффективности с позиций доказательной медицины

Ключевые слова: аутизм, специализированная медицинская помощь, речевой профиль, диагностика и коррекция речевых нарушений

Введение. В последние годы в отечественной медицине, педагогике и психологии остро стоит проблема диагностики и оценки функциональных навыков у детей с аутистическими расстройствами. Предметом обсуждения является разработка для каждого ребенка индивидуальной медико-психолого-педагогической программы, способствующей его социализации, повышению уровня социальной адаптации, развитию и результативному обучению [1, 4]. Методики, применяемые в работе с такими детьми, должны обеспечивать детальную оценку всех когнитивных функций психического развития детей, что связано, главным образом, с первазивным, всеобъемлющим характером данного нарушения и асинхронией в развитии различных функциональных областей и навыков [2, 5, 7].

Известно, что на современном этапе существующие методические подходы в диагностике и коррекции речевых нарушений у детей с общими расстройствами развития не могут претендовать на одинаковую эффективность во всех случаях. При определении основных принципов коррекции речевых нарушений при детском аутизме, следует учитывать особенности всей клинко-психологической структуры заболевания, так как при условии комплексной специализированной медико-психологической помощи они поддаются в той или иной степени коррекции [4].

В настоящее время белорусскими исследователями подчеркивается важность определения потенциальных способностей ребенка с аутизмом, так как на

основе выявленных интересов и способностей можно приступить к формированию учебных навыков и строить дальнейшую работу по развитию его когнитивной сферы [3].

Цель исследования была направлена на объективизацию речевых нарушений у детей 4-7 лет с аутизмом, что позволило определить условия дифференцированного подхода к их коррекции и разработать рекомендации по выбору ориентиров процесса восстановления речевой функции.

Материалы и методы. Проведено обсервационное, одномоментное поперечное исследование с формированием выборки методом направленного отбора. В исследовании приняли участие 259 детей с детским аутизмом обоего пола в возрасте 4-7 лет, имеющие в клинической картине заболевания речевые нарушения и обратившиеся за медицинской помощью в РНПЦ психического здоровья, РНПЦ оториноларингологии в течение 2014-2020 лет. Из них, пациенты 4-5 лет составили 117 человека, 6-7 лет 142 – человека.

Объективизация речевых нарушений осуществлялась с помощью стандартизированного *метода «Определение речевых нарушений у детей 4-7 лет с аутизмом»*. Процедура обследования осуществляется поэтапно, с учетом сбора анамнестических данных, последовательной балльной оценкой 15 речевых параметров, характерных в той или иной степени для всех расстройств в рамках рубрики (F84 по МКБ 10), с последующей обработкой полученных результатов, а так же графическим составлением речевого профиля (см. рис. 1).

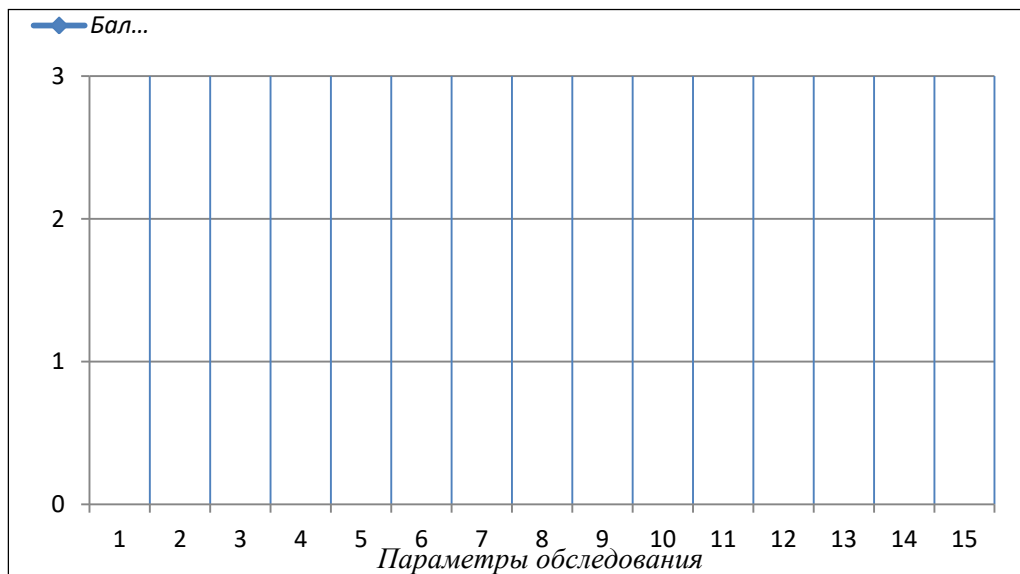


Рисунок 1. Речевого профиля (ось абсцисс — результаты в баллах; ось ординат — параметры обследования)

Статистическая обработка осуществлялась с применением одновыборочного *t*-критерия Стьюдента (с учетом средних арифметических по всей совокупности речевых нарушений отдельно и в каждой группе).

Результаты и их обсуждение. С помощью метода в обеих возрастных группах была определена структура речевых нарушений, после чего были составлены речевые профили в каждой возрастной группе (см. рис. 2, 3).

Рисунок 2 — Речевой профиль пациентов 4–5 лет с детским аутизмом

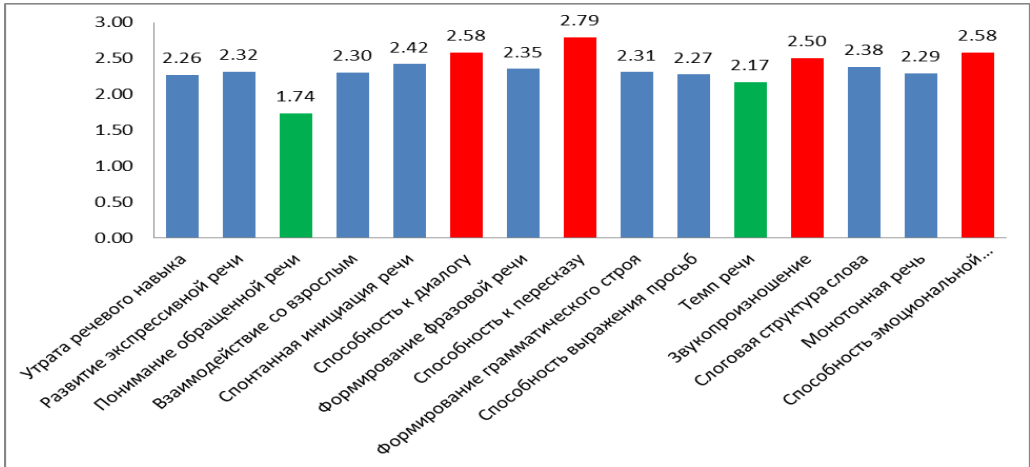
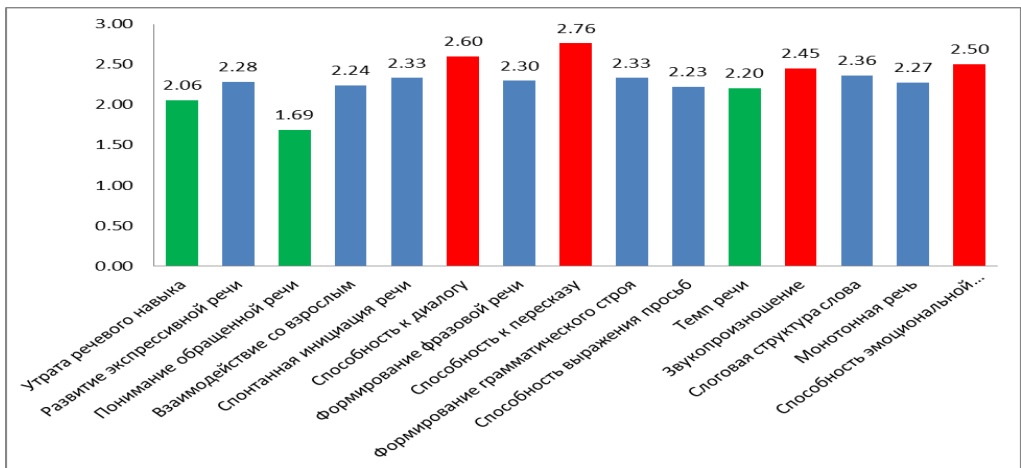


Рисунок 3 — Речевой профиль пациентов 6–7 лет с детским аутизмом



По результатам исследования оказалось, что такие параметры, как способность к диалогу (4–5 лет — $M=2,58$; 6–7 лет — $M=2,60$), способность к пересказу (4–5 лет — $M=2,79$; 6–7 лет — $M=2,76$), способность эмоциональной выразительности речи (4–5 лет — $M=2,58$; 6–7 лет — $M=2,50$), звукопроизношение (4–5 лет — $M=2,50$; 6–7 лет — $M=2,45$), составляют ядро речевого дефекта у пациентов с аутизмом в обеих возрастных группах (выраженность речевых параметров оказалась статистически значимо выше, чем средняя величина речевых нарушений в этом возрасте в целом: группа 4–5 лет — $M=2,35$, группа 6–7 лет — $M=2,31$ (рис. 2, 3)). В меньшей степени выраженными в обеих группах оказались нарушения

речевых навыков: понимание обращенной речи (4–5 лет — $M=1,74$; 6–7 лет — $M=1,69$), темп речи (4–5 лет — $M=2,17$; 6–7 лет — $M=2,20$) (см. рис. 2, 3).

Как отмечено в ряде психофизиологических и медицинских исследований, первоначальное восстановление речевых навыков, нарушенных в меньшей степени, в дальнейшем дает возможность развития остальных речевых функций [3, 9, 10]. Полученные данные об особенностях структуры речевого профиля у детей с аутизмом 4-7 лет в каждом конкретном случае и речевого дефекта в целом (ядра речевого дефекта) определили условия дифференцированного подхода к коррекции речевых нарушений.

В рамках данного исследования были разработаны рекомендации по выбору ориентиров процесса восстановления речевой функции на основе существующих научно-практических разработок в данной области [6, 8, 9, 10, 11].

Балльная оценка и подходы к коррекции речевых нарушений у детей 4-7 лет с детским аутизмом.

Первый блок «Замедленное развитие, либо отсутствие экспрессивной, рецептивной речи».

1.1 «Утрата речевого навыка». Работа над данным параметром необходима с целью выбора методических приемов в направлении работы с ребенком: ***1 балл*** – работу следует начинать с развития одновременно двух речевых навыков: параметров ***1.2 «Развитие экспрессивной речи»*** - словарного запаса, ***1.3 «Понимание обращенной речи»*** - имитационной функции, понимание слов, фраз обиходного характера, инструкций, далее необходимо продолжить работу над параметром ***3.1 «Формирование фразовой речи»***; ***2 балла*** – при неполной утрате речи, занятия следует начинать с называния звуков через имитацию с помощью движений, объединяя их в слоги, слова и напевное произношение, и только после усвоения отдельных слов, можно переходить к новым; ***3 балла*** – необходимо работать над развитием параметра ***6.2 «Способность эмоциональной выразительности речи»***, так при изменении интонации или громкости произнесения происходит выполнение простой инструкция, что дает возможность в дальнейшем развивать параметр ***2.1 «Развитие экспрессивной речи»***.

1.2 «Развитие экспрессивной речи» - развитие экспрессивной стороны речи и понимания обращенной речи у детей должны идти параллельно и равномерно: ***1 балл*** – стандартные программы по развитию речи, детям старше 5-ти лет по обучению чтению и письму для типично развивающихся детей (возможно обучение *глобальному чтению*); ***2 балла*** – работать над пониманием речи, параметр ***1.3. «Понимание обращенной речи»*** вместе с процедурой формирования учебного поведения, что способствует развитию параметра ***4.1 «Способность выражения просьб»***, параметра ***2.1 «Взаимодействие со взрослым»***, и в итоге стимулирует развитие словесного языка; ***3 балла*** – развитие вокальной имитации, работа над параметром ***1.3 «Понимание обращенной речи»***, параметра ***6.2 «Способность эмоциональной выразительности речи»***, поскольку эмоционально-смысловой комментарий является направлением в работе включения ребенка в реальность, осознания происходящего вокруг, понимания им речи. Таким образом, постепенно строится система по обучению навыкам коммуни-

кации: параметр 2.1 «*Взаимодействие со взрослым*»; параметр 2.2 «*Спонтанная инициация речи*»; параметр 2.3 «*Способность диалога*».

1.3 «Понимание обращенной речи». До начала работы необходимым является частичная сформированность «*учебного поведения*». Эти инструкции понадобятся при работе над каждым речевым навыком по результатам обследования: **1-2 балла** – работа над пониманием вокальных выражений просьб в комбинации с работой по вокальной имитации (параметру 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*»); **3 балла** – работа над пониманием обращенной речи вместе со специальной процедурой по формированию «*учебного поведения*».

Второй блок «Расстройства социальной адаптации и общения»

2.1 «Взаимодействие со взрослым» - необходимо отработать над установлением зрительного контакта, что является началом формирования коммуникативных навыков. При этом отрабатываются реакции оживления и слежения, указательный жест. **1-3 балла** – формирование «*учебного поведения*», *готовности/мотивации к обучению* на основе активных поведенческих программ.

2.2 «Спонтанная инициация речи». Так как способность к инициативной деятельности с другим человеком построена на вербальной мотивации, необходимо развивать следующие навыки: **1 балл** – обучение элементам диалоговой речи (параметр 2.3 «*Способность к диалогу*»); **2-3 балла** – работа над параметрами 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*», 1.3 «*Понимание обращенной речи*», 2.3 «*Способность к диалогу*».

2.3 «Способность к диалогу». Так как данная речевая функция включает в себя вопросы и ответы, необходимо работать над следующими навыками: **1-2 балла** – развитие интравербальных навыков речи. **3 балла** – ожидаемо у ребенка с 2-3 баллами по параметру 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*», такой ребенок не готов к интравербальному обучению, если он не имеет уровень *0-1 баллов* по параметрам 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*» и 1.3 «*Понимание обращенной речи*», поэтому прежде всего акцент необходимо сделать в работе над данными навыками.

Третий блок «Лексико-грамматические нарушения речи»

3.1 «Формирование фразовой речи» – целесообразно начинать работу при **0-1 баллах** с параметров: 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*» (при этом словарный запас должен быть на уровне не менее 50 слов). **3 балла** - не готов к обучению фразовой речи, необходима работа над параметрами 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*» и 1.3 «*Понимание обращенной речи*».

3.2 «Способность к пересказу». Поскольку для детей с аутизмом характерно механическое повторение прочитанного, но при этом отсутствует умение естественно передавать чужие мысли, удерживая их в своей памяти, для оценки данного параметра определяется способность ребенка пересказа текста с опорой на сюжетные картинки (две, три и более картинок). **1 балл** – приступать к обучению *пересказа текста* с опорой на сюжетные картинки, при этом появляется возможность параллельно начинать работу над параметром 2.3 «*Способность к диалогу*». **2-3 балла** – обучение с предметных картинок, если объем занятий позволяет это сделать. Трудности при развитии данного речевого навыка возникают с невозможностью длительного произвольного сосредоточения, игнориро-

вание и негативизм по отношению к тому, что не вызывает интерес, поэтому целесообразно начинать работу над параметром 2.1 «*Взаимодействие со взрослым*» до оценки не ниже 2 баллов.

3.3 «Формирование грамматического строя речи» - важнейшее условие совершенствования мышления дошкольников, так как грамматические формы родного языка являются «*материальной основой мышления*». **1 балл** – формирование *грамматических обобщений*, их перенос на новые области действительности. **2 балла** – развивать данный параметр, после того как ребенок переходит к спонтанной речи. Если по параметрам 1.3 «*Понимание обращенной речи*», 2.3 «*Способность к диалогу*», 3.2 «*Способность к пересказу*», 3.3 «*Формирование грамматического строя речи*» балльная оценка 0-1, необходимо работать от обратного, развивать параметр 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*» до 0-1 балла, что способствует развитию спонтанной речи. **3 балла** – когда нет высоких баллов по параметру 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*», необходима совместная работа над развитием понимания, осмысления речи (параметр 1.3 «*Понимание обращенной речи*»).

Четвертый блок «Отсутствие социального использования имеющихся речевых навыков».

4.1 «Способность выражение просьб». При результатах 0-1 балла – фокусироваться на работе других навыков: **2-3 балла** – работа над обучением просьб при помощи карточек, жестов или вокального выражения просьб, работа над параметром 2.1 «*Взаимодействие со взрослым*». Также необходимым является оценка параметра 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*» для принятия решения о выборе способа обучения просьб, при баллах 0-1 по параметру 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*» – фокусироваться на формах вербального поведения: говорение, реагирование на слова. При балльной оценке 2-3 по параметру 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*» – развивать невербальные способы выражения просьб при помощи карточек, жестов.

4.2 «Темп речи». У детей с аутизмом, происходит замедленная обработка информации, потому при оценке данного параметра необходимо подобрать комментарий, который позволяет сосредоточить внимание ребенка на том, через что можно добиться осмысления происходящего, осознания сказанного. **1 балл** – работа над параметрами 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*», 1.3 «*Понимание обращенной речи*» и 2.3 «*Способность к диалогу*». **2-3 балла** – ожидаемо у ребенка, который не имеет высоких баллов по параметру 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*». Обучение в данной области не эффективно для ребенка с ограниченным словарным запасом, имеет смысл, если достигается 0-1 балл по параметру 1.2 «*Развитие экспрессивной речи*», а по параметрам: 1.3 «*Понимание обращенной речи*» и 2.3 «*Способность к диалогу*» результаты соответствуют 0-1 баллам.

Пятый блок «Фонетические нарушения речи».

5.1 «Звукопроизношение». Нарушение произношения свойственно почти всем детям с аутистическими расстройствами (нечеткость произнесения многих звуков, замены одних звуков другими, пропуски звуков), торопиться с исправлением дефектов звукопроизношения не следует, так как сосредоточение не на

смысловой, а технической стороне речи может затормозить развитие коммуникативной функции. **1 балл** – обучение правильности произношения звуков родного языка приемами и методами по стандартным логопедическим программам. Но при этом необходима работа над параметром 1.3 «Понимание обращенной речи», фонематического слуха и работа по коррекции апраксии. **2-3 балла** – необходима специальная процедура по увеличению вокализаций (работа над параметрами: 1.2 «Развитие экспрессивной речи», 1.3 «Понимание обращенной речи»), а также фонематического слуха и работа по коррекции апраксии.

5.2 «Звукослоговая структура слова». При оценке данного навыка определяются не особенности слоговой структуры слов, а степень нарушения от нормы до выраженных нарушений (выявление количества ошибок, пропусков, перестановок, добавлений слогов и звуков в воспроизводимых ребенком словах и предложениях). **1 балл** – указывает на то, что у такого ребенка балльная оценка по параметрам: 1.2 «Развитие экспрессивной речи»; 5.1 «Звукопроизношение» не менее 1 балла, необходима работа над параметром 6.2 «Способность эмоциональной выразительности речи», и в дальнейшем в адаптированной форме использование приемов и методов по формированию звукослоговой структуры. **2-3 балла** – развитие параметров: 1.2 «Развитие экспрессивной речи», 5.1 «Звукопроизношение» (работа над произношением слогов, слов в период автоматизации новых звуков), 6.2 «Способность эмоциональной выразительности речи», так как активный речевой и эмоциональный контакт способствует преодолению нарушений звукослоговой структуры слова.

Шестой блок «Нарушение использования тональностей и выразительности голоса для модуляций».

6.1 «Монотонная речь». Данный параметр в речи ребенка с аутизмом возможно оценить при активном речевом и эмоциональном взаимодействии: по параметрам 1.2 «Развитие экспрессивной речи» и 2.1 «Взаимодействие со взрослым», оценка должна быть не менее 2 баллов, так как в понятие «монотонная речь» вкладывается недостаточное использование просодических компонентов речи. **1 балл** – развитие темпа речи (параметр 4.2), постепенно переходить к работе над способностью эмоциональной выразительности речи (параметр 6.2). **2-3 балла** – работа над «темпом речи» (параметр 4.2) и развитие параметров третьего блока «Лексико-грамматические нарушения».

6.2 «Способность эмоциональной выразительности речи» – способность изменять силу голоса, высоту голоса, тембр при повторении за взрослым звуков, слов, предложений. **1-3 балла** – работа в комплексе с формированием других речевых навыков в зависимости от степени их нарушений по третьему блоку «Лексико-грамматический нарушений», с использованием определенных логопедических приемов. Поскольку эмоционально-смысловой комментарий вносит смысл в его аутостимуляцию, эмоциональное смысловое сопровождение должно быть в течение всего дня, необходима работа над многими речевыми навыками: развивать экспрессивную речь, при этом улучшается взаимодействие со взрослым, способность понимания речи, речевые смыслы, что приводит к формированию речевого мышления. Эмоционально-смысловой комментарий в

дальнейшем облегчит работу над причинно-следственными связями, что даст представление ребенку о сути, устройстве предметов и явлений и в дальнейшем облегчит работу над способностью *пересказа*.

Выводы:

1. С помощью метода «*Определение речевых нарушений у детей 4-7 лет с аутизмом*» исследована структура речевого симптомокомплекса в двух возрастных группах детей с аутизмом: 4-5 лет и 6-7 лет.

2. На основании полученных данных об особенностях структуры речевого профиля у детей с аутизмом 4-7 лет в каждом конкретном случае и речевого симптомокомплекса в целом (ядра речевого дефекта) определены условия дифференцированного подхода к коррекции речевых нарушений.

3. В рамках настоящего исследования разработаны рекомендации по выбору ориентиров процесса восстановления речевой функции у детей 4-7 лет с детским аутизмом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аутизм: Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей: в 3 кн. Кн. 3 / Ф.Р. Волкмар, Л.А. Вайзнер; пер. с англ. Б. Зуева, А. Чечиной. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. 224 с.

2. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 240 с.

3. Лонгитюдное наблюдение за психосоциальным и интеллектуальным развитием пациента с аутизмом / Т.В. Докукина и др. // Аутизм и нарушения развития. 2021. Т. 19, № 1 (70). С. 65–73.

4. Морозов С.А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра. М.: Добрый век, 2014. 448 с.

5. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. 9–е изд. М.: Теревинф, 2016. 288 с.

6. Описание методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) / М.Л. Семенович и др. // Аутизм и нарушения развития. 2015. Т. 13. № 3. С. 3–10.

7. Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно–коррекционной помощи детям с расстройствами спектра аутизма / В.Н. Касаткин и др. // Детский аутизм: исследования и практика: Сб. матер. гор. научно–практ. конф. М.: Образование и здоровье, 2008. С. 26–58.

8. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. СПб.: Педагогам–дефектологам, 2003. 240 с.

9. Романова А.А. Особенности развития речи детей с аутистическими расстройствами: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2012. 34 с.

10. Хаустов А.В. Формирование навыков речевой коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра. Учебно–методическое пособие. М.: ЦПМССДиП, 2010. 88 с.

REFERENCES

1. Autizm: Prakticheskoe rukovodstvo dlya roditelej, chlenov sem`i i uchitelej: v 3 kn. Кн. 3 / F.R. Volkmar, L.A. Vajzner; per. s angl. B. Zueva, A. Chechinoj.

Ekaterinburg: Rama Publishing, 2014. 224 s.

2. Bashina V.M. Autizm v detstve. M.: Mediczina, 1999. 240 s.

3. Longityudnoe nablyudenie za psikhosoczial`ny`m i intellektual`ny`m razvitiem paczienta s autizmom / T.V. Dokukina i dr. // Autizm i narusheniya razvitiya. 2021. T. 19, # 1 (70). S. 65–73.

4. Morozov S.A. Osnovy` diagnostiki i korrekczii rasstrojstv auticheskogo spektra. M.: Dobry`j vek, 2014. 448 s.

5. Nikol`skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. Autichny`j rebenok. Puti pomoshhi. 9–e izd. M.:Terevinf, 2016. 288 s.

6. Opisanie metodiki ocenki bazovy`kh rechevy`kh i uchebny`kh navy`kov (ABLLS-R) / M.L. Semenovich i dr. // Autizm i narusheniya razvitiya. 2015. T. 13. # 3. S. 3–10.

7. Opy`t primeneniya standartizirovanny`kh diagnosticheskikh ocenochny`kh shkal v kompleksnoj programme lechebno–korrekczionnoj pomoshhi detyam s rasstrojstvami spektra autizma / V.N. Kasatkin i dr. // Detskij autizm: issledovaniya i praktika: Sb. mater. gor. nauchno–prakt. konf. M.: Obrazovanie i zdorov`e, 2008. S. 26–58.

8. Pifers T. Autizm: ot teoreticheskogo ponimaniya k pedagogicheskomu vozdejstviyu. SPb.: Pedagogam–defektologam, 2003. 240 s.

9. Romanova A.A. Osobennosti razvitiya rechi detej s autisticheskimi rasstrojstvami: avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. M., 2012. 34 s.

10. Khaustov A.V. Formirovanie navy`kov rechevoj kommunikaczii u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra. Uchebno–metodicheskoe posobie. M.: CzPMSSDiP, 2010. 88 s.

11. Sundberg M.L., Sundberg C.A. Intraverbal behavior and verbal conditional discriminations in typically developing children and children with autism // Anal Verbal Behav. 2011; 27(1): 23–43.

S.A. Hreben

STRATEGY FOR USING THE METHOD «DETERMINING SPEECH DISORDERS IN CHILDREN 4-7 YEARS OLD WITH AUTISM» IN SPECIALIZED MEDICAL CARE

Republican Scientific and Practical Center for Otorhinolaryngology (Minsk).

Summary. Speech disorders in children with autism have a great variety of clinical symptoms, which creates significant difficulties in the choice of both specific methods of their diagnosis and the overall strategy of specialized medical care in the future. Objectivization of the speech symptom complex with the help of the scientifically grounded diagnostic method "Identification of speech disorders related to 4-7-year-old children with autism" makes it possible to build a speech profile of the child, which contributes to the specification of the correction principles. The expediency of the method is justified by the results of diagnostic efficiency analysis from the standpoint of evidence-based medicine

Keywords: autism, specialized medical care, speech profile, diagnosis and correction of speech disorders

О.В. Кольцова¹, П.В. Сафонова²**СМЫСЛЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ ОТ РОЖДЕНИЯ****¹СПб ГАОУВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», ²СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Санкт-Петербург)**

Резюме. На основании результатов экспериментально-психологического обследования (ЭПО) 55 подростков с перинатальной ВИЧ-инфекцией, полученных в процессе их диспансерного наблюдения в Центре СПИД, проведен анализ когнитивных функций — внимания, памяти, мышления, речи. Представлены частота нарушений, а также характеристики высшей психической деятельности, соответствующие норме. Предложена идея разработки программы индикативной профилактики для подростков, живущих с ВИЧ от рождения, целью которой является восстановление здорового жизненного стиля, продвижение к здоровью, которое понимается как многоаспектная характеристика.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, подростки, когнитивные функции, экспериментально-психологическое обследование (ЭПО), нейрокогнитивные нарушения.

Введение. В 2020 г. опубликованы обновленные «Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у детей» Министерства здравоохранения РФ», в которых было заявлено о высоких рисках нарушения когнитивных функций у ВИЧ-инфицированных детей, после чего педиатры стали активно направлять детей и подростков к психологу для проведения психодиагностики.

Исследования нейрокогнитивных функций, проведенные с участием российских детей и подростков с перинатальной ВИЧ-инфекцией в возрасте до 18 лет, показывают, что когнитивные функции снижены у большинства детей этой группы: от 60 до 100% участников выборок не соответствуют возрастным нормативам и имеют как минимум легкие когнитивные расстройства [3]. Медики делают акцент на том, что ВИЧ-инфекция и сопутствующие ей заболевания поражают центральную нервную систему (ЦНС) и вызывают ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства. Применение антиретровирусной терапии (АРТ) не приводит к снижению частоты когнитивных нарушений, но изменяет их структуру [1]. Несмотря на достигнутый прогресс в выявлении множества возможных причин поражения ЦНС при ВИЧ-инфекции, сохраняются неблагоприятные исходы ВИЧ-инфекции, где нарушения высшей нервной деятельности (ВНД) по сей день определяют низкое качество жизни пациентов, и занимают ведущее положение среди причин летальных исходов. Приверженцы персонализированного подхода видят проблему в том, что при планировании исследований и внедрения результатов в практику проводился недостаточный анализ региональных, социальных, демографических, государственных, медицинских и персонифицированных особенностей, в том числе

учет особенностей развития эпидемии — спонтанные мутации вируса в организме пациентов, мутации под влиянием АРТ, изменения в организме под влиянием сопутствующих заболеваний [7].

Большой объем зарубежных исследований указывает на снижение когнитивных функций при ВИЧ-инфекции у детей, подростков и взрослых, а более поздние из них прослеживают степень и специфику этих снижений. N. Philipps и соавт. в 2016 г. провели систематический обзор 22 исследований с участием детей/подростков с перинатальной ВИЧ-инфекцией и заключили, что в наибольшей степени подвергаются влиянию ВИЧ оперативная память и регуляторные функции [12].

K. Rowe и коллеги опубликовали в 2021 г. мета-анализ 32 исследований с участием людей (от 2 до 24 лет) с перинатальной ВИЧ-инфекцией на АРТ, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, но без ВИЧ, и молодых людей, заразившихся ВИЧ в результате своего рискованного поведения, и заключили, что есть явный паттерн связи перинатальной ВИЧ-инфекции и снижения регуляторных функций, чаще всего слуховой и зрительно-пространственной оперативной памяти [13].

Отдельные исследования показывают противоположный результат. Так, лонгитюдное исследование, длящееся 4,6 лет с использованием батареи стандартизованных когнитивных тестов, выявило сходное общее когнитивное развитие у ВИЧ-инфицированных с детства подростков по сравнению с группой здоровых сверстников [14]. A. Judd и соавторы не выявили значимых отличий в когнитивных функциях (в Великобритании, средний возраст 16 лет), сравнивая группу подростков с перинатальной ВИЧ и подростков без ВИЧ, но живущих в семьях, затронутых ВИЧ, однако в обеих группах показатели были ниже нормативных. Авторы отметили роль факторов, не связанных с ВИЧ напрямую, в когнитивных снижениях, таких как социоэкономический статус, возраст и депрессия [11]. Подавление вирусологической активности в младенчестве или раннем детстве связано с более высоким нейрокогнитивным функционированием в школьном возрасте у детей, живущих с ВИЧ от рождения [10].

Таким образом, врачи ищут причины когнитивных снижений в том, как отвечают ЦНС и организм в целом на хроническое инфекционное заболевание. Поэтому получение результатов диагностики высших психических функций (по заключению медицинского психолога) они видят в том, чтобы установить степень энцефалопатии (неврологом), или уязвимости психики по отношению к нейротоксическому действию тех или иных препаратов (психиатром) для подбора или изменения схемы АРТ или для решения вопроса о назначении инвалидности после 18 лет (ВИЧ-инфицированный несовершеннолетний имеет статус «ребенок-инвалид»).

В этой связи необходимо сказать еще об одной проблеме, из-за которой возникает непонимание между врачом и психологом — они говорят «на разных языках». А известный психиатр М.М. Кабанов в статье, посвященной развитию медицинской психологии, отмечал, что тесному союзу врачей и психологов мешает сопротивление в установлении равных партнерских отношений и распределении

функций при общем ведении пациента. Он рассуждал: «Конечно, общее руководство всей лечебной программой должно находиться в руках врача, и он несет главную ответственность за судьбу больного». И далее он подчеркивал: «Разумеется, врач и психолог не должны дублировать друг друга. У каждого из них свои задачи, хотя и направленные к единой цели — максимально возможному улучшению здоровья и благополучия больного». Для рационального распределения функций врача и психолога М.М. Кабанов советует ориентироваться на степень выраженности патологии: «Чем грубее выражена органическая патология, тем больше главенствует врач, чем она меньше — тем больше *автономия* деятельности психолога». Если пациент соматически ослаблен, большую часть времени проводит в постели, в этой ситуации психологу практически нечего делать. Но там, где патология слабеет и выдвигается вперед «личностная окраска» того или иного расстройства — поле деятельности психолога расширяется [9, с. 222-223]. Известный психолог и методолог психологической науки Ф.Е. Василюк отмечал, что психолог в медицинском учреждении вынужден довольствоваться лишь психологическим исследованием, которое продиктовано медицинской практикой. И пояснял: «Реальное бытие практического психолога в сфере той или другой практической деятельности определяет его профессиональное сознание, вынуждает мыслить так, как этого требуют задачи, цели и традиции этой сферы: образуется мощная тенденция к утрате специфики психологического мышления. Эта тенденция хоть и не всесильна, но неуклонна и неизбежна: в чужой монастырь со своим уставом не ходят» [2].

Опыт показывает, что большинство подростков, живущих с ВИЧ от рождения, вступают во взрослую жизнь, теряя статус «ребенка-инвалида», выходят из-под опеки взрослых. Очевидно, что подростку даже с мягкими когнитивными расстройствами понадобится помощь в выборе будущей профессии и при планировании поступления в учебное заведение после школы, не говоря уже о проблемах межличностных отношений, адаптации к новому жизненному стилю. И решение этих проблем уже выходит за рамки Центра СПИД. В создании профилактических программ для подростков [5] с мягкими когнитивными расстройствами приоритетную роль занимают медицинские психологи немедицинских служб, которым могут быть полезны результаты данного исследования.

Цель исследования — описать когнитивные функции подростков, живущих с ВИЧ от рождения, на основе данных психологической диагностики и с точки зрения «психологического мышления» наметить перспективы необходимой помощи (независимо от ведомственной принадлежности учреждения).

Материал и методы. Проведен анализ результатов экспериментально-психологического обследования (ЭПО) высших психических функций 55 подростков с перинатальной ВИЧ-инфекцией, выполняемого для клинических целей в течение 2021-2022 гг. При обследовании не были обнаружены признаки психиатрической патологии (кроме отдельных невротических или психосоматических симптомов на негрубом уровне).

Методики измерения когнитивных функций представлены в табл. 1. Понимая, что создание оптимальных алгоритмов и нейропсихологических норм —

задача будущего, а также, чтобы избежать неточностей в интерпретации психологических измерений, различных показателей психических процессов, мы использовали известные методики и нормативы, применяемые при медико-социальной экспертизе для установления инвалидности [6]. Методика исследования беглости речи методом ассоциаций взята из книги В.В. Захарова и Т.Г. Вознесенской «Нервно-психические нарушения: диагностические тесты» [4].

Таблица 1.

Методы измерения когнитивных функций

Когнитивная функция	Методика
Зрительный гнозис	«Незавершенные изображения»
Внимание: объем внимания, психический темп	«Таблицы Шульте» (с вычислениями, предложенными А.Ю. Козыревой)
Мышление	«Исключение лишнего» (невербальный вариант)
Память	«Заучивание 10 слов»
Речевые функции	«Исследование беглости речи методом ассоциаций» (свободные и направленные ассоциации)

Из анамнеза заболевания мы учитывали период от рождения до установления диагноза ВИЧ-инфекции и период от рождения до начала АРТ (в месяцах). Учитывались результаты теста PHQ-SADS по шкалам соматоформное расстройство (PHQ-15), тревога (GAD-7), депрессия (PHQ-9) в сопоставлении с оценкой когнитивных функций.

Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программ MS Excel 2007 и IBM SPSS Statistics 24. Использовались описательные статистики, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA. За критический уровень значимости принимался $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Сравнивались результаты ЭПО 55 ВИЧ-инфицированных подростков от 14 до 18 лет, из которых 28 (50,9%) — девушки. У большинства (87,3%) подростков ВИЧ-инфекция была установлена в период до 3 лет от рождения. 18 подростков (32,7%) начали АРТ в возрасте от 2 до 36 месяцев; 34 подростка (61,8%) начали АРТ после 36 месяцев от рождения, что обусловлено разными причинами. У трех пациентов не удалось установить дату начала лечения.

На рис. 1 представлены обобщенные данные выявленных когнитивных нарушений (если хоть один из показателей когнитивной функции выходил за нормативы, функция в целом считалась нарушенной).

Грубых нарушений психических процессов не обнаружено. Психическая устойчивость (выносливость) в равных долях встречается как нормальная и недостаточная. За исключением 4 случаев, где отмечалось снижение уровня обобщения, не было выявлено нарушений структуры мышления, но подавляющее большинство обследованных пациентов имело нарушения динамики мыслительных процессов. То есть, чтобы подросток с нарушением динамики мыш-

ления справился с задачей, ему требуется больше времени на подготовку, чтобы обдумать решение.

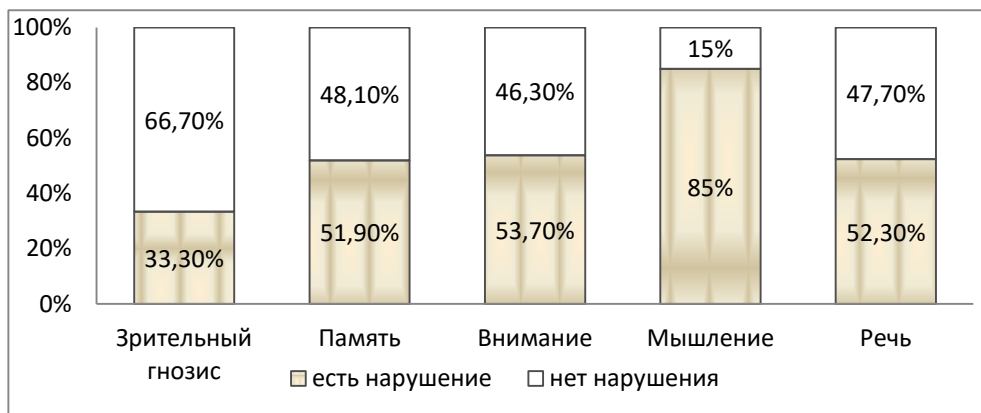


Рисунок 1. Частота когнитивных нарушений у подростков, живущих с ВИЧ от рождения

В табл. 2 представлены статистические данные по измеряемым показателям когнитивных процессов, полученные при обследовании подростков с перинатальной ВИЧ-инфекцией.

Таблица 2.

Результаты ЭПО подростков, живущих с ВИЧ от рождения

Методика	Показатели	Нормы, оценивающие результаты	Доля испытуемых с результатами в границах нормы
«Незавершенные изображения»	Число правильно опознанных предметов	В норме — не менее 10 из 12.	66,7%
«Исключение лишнего» (невербальный вариант)	Уровень и течение мыслительных процессов	Достаточность или недостаточность уровня процессов обобщения и отвлечения	92,5%
	Динамика мышления	Есть / нет нарушение динамики мышления	15,1%
«Таблицы Шульце» (с вычислениями, предложенными А.Ю. Козыревой)	«Эффективность работы» (ЭР)	В пределах нормы в среднем до 50 сек. затрачивается на одну таблицу.	88,5%
	«Врабатываемость» (ВР).	Показатель от 1,0 и менее — в преде-	83%

		лах нормы.	
	«Психическая устойчивость» (ПУ), или выносливость	Показатель от 1,0 и менее — в пределах нормы.	50%
«Заучивание 10 слов»	«Объем восприятия»	Объем восприятия является суженным, если после первого прослушивания названо менее 5 слов и не происходит наращивание запоминания от пробы к пробе (плато).	94,3%
	«Объем кратковременной памяти»	В норме — 9-10 слов	83%
	Количество привнесенных «лишних слов»	В норме – 0 слов.	73,6%
	«Ретенция»	Воспроизведение через 40 мин. в норме – 9-10 слов	62,7%
«Исследование беглости речи методом ассоциаций»	Свободные ассоциации	В норме не менее 20 слов за минуту	88,9%
	Лексические ассоциации (называние глаголов)	В норме не менее 20 глаголов за минуту	57,8%
	Литеральные ассоциации	В норме не менее 10 слов (например, на букву «С») за минуту	81,3%
	Семантические категориальные ассоциации	В норме число названных слов (растений или животных, например) составляет 17-20 за минуту.	65,9%

При сравнении средних по отдельным показателям зрительного гнозиса, памяти и внимания с использованием однофакторного ANOVA найдены различия в группах подростков, условно разделенных по возрасту начала АРТ — среди тех, кто начал терапию до 3 лет, и тех, кто начал ее в более старшем возрасте (табл. 3). При сравнении когнитивных функций в обеих группах нет достаточных данных о в пользу более раннего начала АРТ у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, что не согласуется с ранее представленными данными.

Таблица 3.

Различия по отдельным показателям когнитивных функций у ВИЧ-инфицированных подростков с разным возрастом начала АРТ.

Показатели	Группы сравнения по началу АРТ		Значимость различий
	Начали АРТ до 36 мес. от рождения	Начали АРТ в возрасте 36 мес. и позже	
Число опознанных предметов по тесту «Незавершенные изображения» (в норме — 10-12)	8, 94 \pm 0,63	9,73 \pm 0,33	p=0,052
Число слов по тесту «Запоминание 10 слов», удержанных и воспроизведенных после 30-40 мин. после повторения (ретенция, в норме — 9-10 слов)	8, 65 \pm 0,31	7,32 \pm 0,37	p=0,019
Эффективность работы, измеряемая по «таблицам Шульте» (в норме — до 50 сек.)	43,88 \pm 3,10	37, 63 \pm 1,45	p=0, 043

При сравнении средних обнаружено, что показатель психической устойчивости хуже у тех, кто в пробах на запоминание 10 слов при их воспроизведении произносит непредъявленные «лишние» слова (1,143 \pm 0,042 против 1,025 \pm 0,021; p=0,008). Если у взрослых наличие таких «лишних» слов часто встречается по окончании или в начале формирования синдрома расстройства сознания, то их продуцирование у детей происходит в состоянии расторможенности [6].

С помощью однофакторного ANOVA показано, что такое нарушение, как соматизация, чаще выявляется у подростков более старшего возраста (16,412 \pm 0,258 против 15,273 \pm 0,260, p=0,004). Мы обнаружили, что лучшие показатели по направленным литеральным ассоциациям чаще свойственны подросткам с выявленной тревогой (16,270 \pm 1,043 против 12,00 \pm 0,995; p=0,01). Причинно-следственные соотношения эмоционально-аффективных и когнитивных нарушений различны и трудно определяемы, поэтому сложно интерпретировать эти связи [4].

На рис. 2 показана частота нарушений эмоциональной сферы согласно скринингу по тесту PHQ-SADS.

Исследование когнитивных процессов с учетом рисков развития когнитивных процессов важно и нужно, однако не менее важно учитывать и ресурсные возможности психики и взаимозаменяемость. Ведь цель диагностики ВНД заключается не только в том, чтобы выявить нарушения, но и охарактеризовать сохранные, нормально функционирующие процессы. Самое время вспомнить общепсихологический методологический принцип *целостности*, который ут-

верждает: «Психические явления не разложимы на фрагменты. Целостность — это фундаментальная характеристика психики. Патология психики возникает при разрушении ее целостности. Удаление или травмирование отдельного психологического фрагмента приводит к серьезным нарушениям работы психического аппарата. Однако состояние целостности психики дает *возможность* для взаимных замещений различных психических функций» [8, с. 15]. Из этого следует, что результаты психодиагностики могут быть использованы, прежде всего, для создания профилактических психологических вмешательств, направленных на сохранение и улучшение когнитивных функций.

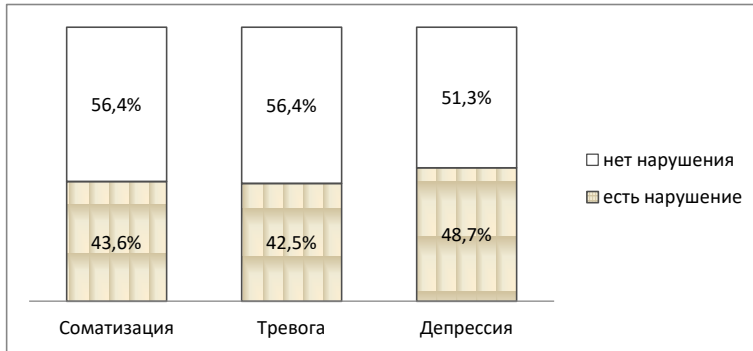


Рисунок 2. Частота эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных подростков.

Заключение. Результаты нашего исследования показывают необходимость разработки профилактической программы для подростков, живущих с ВИЧ от рождения, основанной на измерениях когнитивных функций для адекватного подбора мероприятий, направленных на восстановление здорового жизненного стиля, продвижения к здоровью, которое понимается как многоаспектная характеристика (это физическое и психическое восстановление, дальнейшее развитие когнитивного функционирования — умения думать, оценивать социальные и индивидуальные ситуации и перспективы, принимать решения и решать проблемные ситуации, планировать свою жизнь).

ЛИТЕРАТУРА

1. Афонина Л.Ю., Воронин Е.Е., Городнова М.Ю., Коваленко Т.А., Орлова А.А., Плотникова Ю.К., Розенберг В.Я., Фомина М.Ю. Медикаментозная приверженность у подростков с ВИЧ-инфекцией (факторы, барьеры, методы оценки и повышения). Методические рекомендации. СПб, 2021. 44 с.
2. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал, 1992, № 1. С. 15-32.
3. Городнова М.Ю. Нейрокогнитивные расстройства у детей и подростков

с ВИЧ-инфекций: актуальность проблемы и поиски ее решения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022(22). № 3. С.90-101.

4. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2013. 320 с.

5. Клиническая психология лечебного процесса: учебн. пособие / Под ред. Н.А. Сирота. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2023. 400 с.

6. Лаврова Д.И., Шабалина Н.Б., Морозова Е.В. Организационно-методическое обеспечение психологической экспертно-реабилитационной диагностики в учреждении МСЭ: учебно-методическое руководство ФМБА и ФГБУ ФБ МСЭ. М.: 2012. 29 с.

7. Персонализированная ВИЧ-медицина / Под ред. Н.А. Белякова. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. 2020. 326 с.

8. Почебут Л.Г., Гуриева С.Д., Чикер В.А. (ред.) Методы и методология социально-психологических исследований. СПб.: Питер, 2023. 640 с.

9. Тенденции развития психологической науки / Под ред. Б.Ф. Ломова, Л.И. Анцыферова. М.: «Наука», 1989. 270 с.

REFERENCES

1. Afonina L.Yu., Voronin E.E., Gorodnova M.Yu., Kovalenko T.A., Orlova A.A., Plotnikova Yu.K., Rozenberg V.Ya., Fomina M.Yu. Medikamentoznaya priverzhennost` u podrostkov s VICH-infekcziej (faktory`, bar`ery`, metody` ocenki i povu`sheniya). Metodicheskie rekomendaczii. SPb, 2021. 44 s.

2. Vasilyuk F.E. Ot psikhologicheskoy praktiki k psikhotekhnicheskoy teorii // Moskovskij psikhoterapevticheskij zhurnal, 1992, # 1. S. 15-32.

3. Gorodnova M.Yu. Nejkognitivny`e rasstrojstva u detej i podrostkov s VICH-infekczij: aktual`nost` problemy` i poiski ee resheniya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 3. S.90-101.

4. Zakharov V.V., Voznesenskaya T.G. Nervno-psikhicheskie narusheniya: diagnosticheskie testy`. 2-e izd. M.: MEDpress-inform, 2013. 320 s.

5. Klinicheskaya psikhologiya lechebnogo proczessa: uchebn. posobie / Pod red. N.A. Sirota. M.: GE`OTAR-Media. 2023. 400 s.

6. Lavrova D.I., Shabalina N.B., Morozova E.V. Organizaczionno-metodicheskoe obespechenie psikhologicheskoy e`kspertno-reabilitaczionnoj diagnostiki v uchrezhdenii MSE`: uchebno-metodicheskoe rukovodstvo FMBA i FGBU FB MSE`. M.: 2012. 29 s.

7. Personalizirovannaya VICH-mediczina / Pod red. N.A. Belyakova. SPb.: Baltijskij mediczinskij obrazovatel`ny`j czentr. 2020. 326 s.

8. Pochebut L.G., Gurieva S.D., Chiker V.A. (red.) Metody` i metodologiya soczial`no-psikhologicheskikh issledovanij. SPb.: Piter, 2023. 640 s.

9. Tendenczii razvitiya psikhologicheskoy nauki / Pod red. B.F. Lomova, L.I. Anczy`ferova. M.: «Наука», 1989. 270 s.

10. Crowell C.S., Huo Y., Tassiopoulos K. et al. Early viral suppression improves neurocognitive outcomes in HIV-infected children. AIDS. 2015 Jan 28. 29(3):295-304. doi: 10.1097/QAD.0000000000000528

11. Judd A., Le Prevost M., Melvin D., et al. Adolescents and Adults Living

With Perinatal HIV (AALPHI) Steering Committee. Cognitive Function in Young Persons With and Without Perinatal HIV in the AALPHI Cohort in England: Role of Non-HIV-Related Factors. *ClinInfectDis*. 2016 Nov 15;63(10):1380-1387.

12. Phillips N., Amos T., Kuo C., et al. HIV-Associated Cognitive Impairment in Perinatally Infected Children: A Meta-analysis *Pediatrics*. 2016 Nov. 138(5):e20160893. doi: 10.1542/peds.2016-0893. Epub 2016 Oct 11

13. Rowe K., Buivydaite R., Heinsohn T., Rahimzadeh M., Wagner R.G., Scerif G., Stein A. Executive function in HIV-affected children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *AIDS Care*. 2021 Jul. 33(7):833-857. doi: 10.1080/09540121.2021.1873232

14. Van den Hof M., TerHaar A.M., Scherpbier H.J., et al. Neurocognitive Development in Perinatally Human Immunodeficiency Virus-infected Adolescents on Long-term Treatment, Compared to Healthy Matched Controls: A Longitudinal Study *Clin Infect Dis*. 2020 Mar 17. 70(7):1364-1371. doi: 10.1093/cid/ciz386

O.V. Koltsova¹, P.V. Safonova²

**MEANINGS OF COMPLEX DIAGNOSTICS OF COGNITIVE
FUNCTIONS IN ADOLESCENTS LIVING WITH HIV FROM BIRTH**

¹St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, ²Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases (St. Petersburg).

Summary. On the basis of the results of experimental-psychological examination (EPE) of 55 adolescents with perinatal HIV infection, obtained in the process of their dispensary observation in the AIDS Center, the analysis of cognitive functions: attention, memory, thinking, speech is carried out. The frequency of disorders, as well as, the characteristics of higher mental activity corresponding to the norm are presented. The idea of developing an indicative prevention program for adolescents living with HIV from birth, the aim of which is to restore a healthy life style, progress towards health, which is understood as a multidimensional characteristic, is proposed.

Keywords: HIV infection, adolescents, cognitive functions, experimental-psychological examination (EPE), neurocognitive disorders.

УДК 616.89

Л.Ж. Агтаева¹, И.В. Макаров^{2,3}**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАТИСТИЧЕСКИХ
И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АУТИЗМОМ В РОССИИ**

¹Психоневрологический диспансер № 15 – филиал ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева (Москва), ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева», ³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлены результаты комплексного научного сравнительного анализа результатов исследования статистических и эпидемиологических показателей заболеваемости аутизмом у детей и подростков в г. Москве и Кабардино-Балкарской Республике за 2021-2022 гг., что имеет практическое значение в описании разнообразных проявлений динамики заболеваемости аутизмом на территории РФ. Результаты исследования могут быть использованы как один из информационно-аналитических блоков при принятии управленческих решений различного уровня по вопросам оказания медицинской помощи, защиты, сохранения и укрепления здоровья детского населения страны.

Ключевые слова: аутизм, статистика, динамика, эпидемиологический показатель.

Аутизм представляет собой разнообразную группу состояний, связанных с развитием мозга. Дефицит социального общения, наличие ограниченных интересов и повторяющегося поведения приводят к пожизненным нарушениям и инвалидности [1]. Сообщаемые показатели распространенности резко возросли за последние два десятилетия, хотя об этом росте мало что известно. Эпидемиологические исследования взрослого населения показывают, что очевидный рост числа заболевших детей может не отражать истинного увеличения показателей распространенности. Тем не менее, есть предположение, что очевидному росту могут способствовать расширенные определения, растущая осведомленность и замена диагностики. Независимо от причины, текущие оценки распространенности предполагают, что во всем мире примерно 1 из 100 детей страдает аутизмом [0]. Странами с самыми низкими показателями аутизма в 2023 г. являются развитые страны Европы. Во Франции были самые низкие показатели аутизма, которые находятся на уровне 69,3 на 10 000 человек, или 1 на 144 человека. В Португалии этот показатель составляет 70,5 на 10 000 человек, или 1 на 142. Тогда как в Катаре, наоборот, выявлен один из самых высоких показателей аутизма, составляющий 151,2 на 10 000 человек (1 из 66). На втором месте находятся Объединенные Арабские Эмираты с показателем 112,4 на 10 000 человек (1 из 89). В США количество детей с РАС с 2000 по 2020 гг. увеличилось на 241% и в 2023 г. аутизм встречается у каждого 36-

го ребенка, причем у мальчиков в среднем в 3,8 раза чаще, чем у девочек.

Согласно последним данным исследований, количество детей с аутизмом постоянно растет и в нашей стране. И несмотря на то, что проблемы детского аутизма в течение нескольких десятилетий в центре внимания медицинской науки, эпидемиология процесса исследователями оценивается неоднозначно. В России показатели РАС ниже среднемировых, хотя статистика показывает рост их распространенности до более чем 300 тысяч человек [1]. При этом недостаточным является анализ современной ситуации по распространенности аутизма в разных регионах России. В связи с этим **целью** настоящего исследования является проведение сравнительного анализа результатов исследования статистических и эпидемиологических показателей заболеваемости аутизмом у детей и подростков в г. Москве и в Кабардино-Балкарской Республике (КБР) за 2021-2022 гг.

Материалы и методы. В исследовании использовали статистическую информацию (Форма № 10) Департамента здравоохранения г. Москвы и ГКУЗ «Психоневрологический диспансер» СВОД КБР за 2021-2022 гг.

Учитывались коды МКБ-10, описанные в разделе «Общие расстройства психологического развития» («Первазивные нарушения развития») в разделе F84: F84.0 – Детский аутизм (включая аутистическое расстройство, детский аутизм, детский психоз, синдром Каннера) и F84.1 – Атипичный аутизм (включая атипичный детский психоз, умственную отсталость с аутистическими чертами).

Проводился расчет динамики показателей первичной и общей заболеваемости аутизмом среди детского населения за анализируемый период на территории г. Москвы и КБР.

Результаты и их обсуждение. Общая заболеваемость психическими заболеваниями в г. Москве и в КБР за 2021-2022 гг. представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Показатели общей заболеваемости психическими заболеваниями в г. Москве и в КБР за 2021-2022 гг.

Показатель	Москва			КБР		
	2021 год	2022 год	динамика, %	2021 год	2022 год	динамика, %
Всего	19758 7	21419 6	8,4	12758	12796	0,3
в возрасте 0-17 лет	38029	42181	10,9	1647	1683	2,2
Из них 0-14 лет	31205	34264	9,8	1252	1266	1,1
15-17 лет	6824	7917	16,0	395	417	5,6
Сельских жителей						
всего				4210	4268	1,4
в том числе в возрасте 0-17 лет				635	660	3,9
0-14 лет				498	489	-1,8
15-17 лет				137	171	24,8

Можно отметить положительную динамику за 2021-2022 гг. общей заболеваемости психическими заболеваниями как в г. Москве – прирост составил 8,4%, так и на территории КБР – прирост составил 0,3%. Среди детского населения прирост заболеваемости психическими заболеваниями в г. Москве составил 10,9%, на территории КБР – 2,2%. Среди сельского населения КБР прирост общей заболеваемости психическими заболеваниями составил 1,4%, в том числе среди детей в возрасте 0-17 лет – 3,9%.

Первичная заболеваемость психическими заболеваниями в г. Москве и в КБР за 2021-2022 гг. представлены в табл. 2. Рассматривая динамику первичной заболеваемости психическими заболеваниями за 2021-2022 гг. можно отметить повышение показателя в г. Москве с приростом первичной заболеваемости 23,7%, на территории КБР – 1,1%.

Таблица 2.

Показатели первичной заболеваемости психическими заболеваниями в г. Москве и в КБР за 2021-2022 гг.

Показатель	Москва			КБР		
	2021 год	2022 год	динамика, %	2021 год	2022 год	динамика, %
Всего	39409	48743	23,7	910	920	1,1
в возрасте 0-17 лет	9003	11646	29,4	217	194	-10,6
Из них 0-14 лет	7607	9784	28,6	170	166	-2,4
15-17 лет	1396	1862	33,4	47	28	-40,4
Сельских жителей						
всего				162	215	32,7
в том числе в возрасте 0-17 лет				81	75	-7,4
0-14 лет				75	62	-17,3
15-17 лет				6	13	116,7

Среди детского населения прирост впервые выявленных случаев психических заболеваний в г. Москве составил 29,4%, на территории КБР выявлена отрицательная динамика со снижением показателя впервые выявленных случаев психических заболеваний (убыль составила 10,6%). Среди сельского населения КБР прирост впервые выявленных случаев психических заболеваний составил 32,7%. Среди детей в возрасте 0-17 лет также выявлена отрицательная динамика со снижением показателя впервые выявленных случаев психических заболеваний (убыль составила 7,4%). Следует отметить рост показателя среди детей сельской местности в возрасте 15-17 лет на 116,7%.

Общая заболеваемость аутизмом среди детей и подростков в г. Москве и в КБР за 2021-2022 гг. представлена в табл. 3. Можно отметить положительную динамику за 2021-2022 гг. общей заболеваемости аутизмом как в г. Москве – прирост составил 21,1%, так и на территории КБР с приростом 9,4%. Среди детского населения прирост заболеваемости аутизмом в г. Москве составил 20%, на территории КБР – 8,2%. Среди сельского населения КБР прирост этого пока-

зателя составил 217,2%, в том числе среди детей в возрасте 0-17 лет – 215,6%. Следует отметить значительный прирост показателя выявленных случаев аутизма среди детей сельской местности в возрасте 15-17 лет на 1400%.

Таблица 3.

Показатели общей заболеваемости аутизмом среди детей и подростков в г. Москве и в КБР за 2021-2022 гг.

Показатель	Москва			КБР		
	2021 год	2022 год	динамика, %	2021 год	2022 год	динамика, %
всего	7599	9204	21,1	531	581	9,4
в том числе в возрасте 0-17 лет	7216	8656	20,0	527	570	8,2
0-14 лет	6584	7846	19,2	478	492	2,9
15-17 лет	632	810	28,2	49	78	59,2
Сельских жителей						
всего				64	203	217,2
в том числе в возрасте 0-17 лет				64	202	215,6
0-14 лет				62	172	177,4
15-17 лет				2	30	1400,0

Показатели первичной заболеваемости аутизмом среди детей и подростков также имели тенденцию к динамическому приросту на территории г. Москвы и снижение показателя первичной заболеваемости на территории КБР (табл. 4).

Таблица 4.

Показатели первичной заболеваемости аутизмом среди детей и подростков в г. Москве и в КБР за 2021-2022 гг.

Показатель	Москва			КБР		
	2021 год	2022 год	динамика, %	2021 год	2022 год	динамика, %
всего	1081	1365	26,3	187	62	-66,8
в том числе в возрасте 0-17 лет	1076	1347	25,2	186	60	-67,7
0-14 лет	1056	1324	25,4	173	57	-67,1
15-17 лет	20	23	15,0	13	3	-76,9
Сельских жителей						
всего				21	17	-19,0
в том числе в возрасте 0-17 лет				21	17	-19,0
0-14 лет				21	17	-19,0

Показатель впервые выявленных случаев аутизма в г. Москве составил в 2021 г. 1081 случай, в 2022 г. 1365 случаев; прирост составил 26,3%. На терри-

тории КБР показатель впервые выявленных случаев аутизма составил в 2021 г. 187 случаев, в 2022 г. 62 случаев; убыль составила 66,8%. Среди детского населения прирост впервые выявленных случаев аутизма в г. Москве составил 25,2%, тогда как на территории КБР отмечена убыль впервые выявленных случаев аутизма на 67,7%. Среди сельского населения КБР убыль показателя впервые выявленных случаев аутизма составила 19%, все впервые выявленные случаи аутизма были зарегистрированы среди детей в возрасте 0-14 лет.

Заключение. Проанализированная статистика отражает главным образом улучшение в скрининге и диагностике аутизма в детском возрасте на территории г. Москвы и снижение показателя заболеваемости аутизмом на территории КБР. Основной вывод, таким образом, заключается в том, что увеличение статистики означает значительный прогресс в раннем выявлении аутизма, что является, несомненно, положительной тенденцией, потому что чем раньше у детей будет выявлен аутизм, тем быстрее они могут получить доступ к службам поддержки и помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухарьямова Л.М., Савельева Ж.В., Кузнецова И.Б., Гарапшина Л.Р. Аутизм в России: противоречивое поле диагностики и статистики // Журнал исследований социальной политики. 2021. Т. 19. № 3. С. 437-450.

REFERENCES

1. Mukharyamova L.M., Savel'eva Zh.V., Kuzneczova I.B., Garapshina L.R. Autizm v Rossii: protivorechivoe pole diagnostiki i statistiki // Zhurnal issledovaniy sotsial'noj politiki. 2021. T. 19. # 3. S. 437-450.

2. Autism rates by country in 2023. https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.00e8a241-65561143-21c89460-74722d776562/https/worldpopulationreview.com/country-rankings/autism-rates-by-country

3. WHO. Autism. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

4. Zeidan J. et al. Global prevalence of autism: A systematic review update // Autism Research. 2022. March. P. 778-790.

L.Zh. Attaeva¹, I.V. Makarov^{2,3}

REGIONAL PECULIARITIES OF STATISTICAL AND EPIDEMIOLOGIC INDICATORS OF AUTISM MORBIDITY IN RUSSIA
¹Psychoneurological Dispensary № 15 – branch of Mental-Health Clinic No 1 named after N.A. Alexeev (Moscow), ²V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, ³North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (St.Petersburg).

Summary. The article presents the results of a comprehensive scientific comparative analysis of the results of the study of statistical and epidemiological indicators of autism morbidity in children and adolescents in Moscow and the Kabardino-Balkar Republic for 2021-2022, which is of practical importance in describing the various manifestations of the dynamics of autism morbidity in the territory of the Russian Federation. The results of the study can be used as one of the information-analytical blocks in making managerial decisions at various levels on the issues of medical care, protection, preservation and promotion of health of the child population of the country.

Keywords: autism, statistics, dynamics; epidemiological indicator.

А.Ю. Киворкова, А.Г. Соловьев

**АЛГОРИТМ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
(Архангельск).**

Резюме: В статье представлены особенности психологической диагностики детей в семьях лиц опасных профессий, проводимой на первичной консультации. Показано, что использование алгоритма, включающего в себя профилактически ориентированную форму психологической помощи, дает блиц-анализ актуального психоэмоционального состояния ребенка на первичной психологической консультации.

Ключевые слова: представители опасных профессий, психологическая диагностика, семья, дети, тревожность.

Профессиональная деятельность представителей опасных профессий (ПОП) неразрывно связана с воздействием комплекса экстремальных факторов, многие из которых носят выраженный психотравмирующий характер [6], и протекает в режиме «тревожного ожидания», расцениваемого как проявление хронического стресса [5]. Семья ПОП выполняет в основном те же общественные функции, что и любая другая, однако испытывает при этом большое воздействие специфики службы, что проявляется в ее психологических особенностях. Воздействия посттравматического стресса и семейной системы являются реципрокным – как семейная поддержка способствует нивелированию последствий травмирующих ситуаций, так и личность, страдающая от посттравматического стресса, может оказывать влияние на семейную систему, пагубно воздействуя на межличностные взаимосвязи собственными негативными переживаниями [4].

Отличительной особенностью эмоционального состояния детей ПОП является наличие очень высокой тревожности, связанной с ожиданием опасности, с предчувствием ее; их личностная сфера характеризуется неустойчивостью и нестабильностью, беспокойством и повышенной тревожностью. Консультативная помощь детям ПОП в системе детско-родительских отношений имеет большое практическое значение, оказывая влияние на уровень сформированности гармоничных личностных особенностей, во многом определяющих возможность самореализации детей в будущем.

На первичной психологической консультации детей ПОП специалист часто сталкивается с затруднениями в вербализации у них своих проблем, что может быть в силу речевых, эмоциональных или коммуникативных нарушений, а также сложности переживаний и наличия значительных внутренних барьеров для их выражения. В связи с этим, проведение психологической консультации с использованием т. н. «стандартных подходов» становится совершенно неэффективным. Это свидетельствует о необходимости создания и эффективной реализации программы психологического воздействия, которая бы позволила учесть трудности коммуникации детей ПОП и осуществить своевременное предупреждение ошибочных действий в процессе дальнейшей психокоррекционной работы.

Целью исследования явилось обоснование диагностического алгоритма

первичной психологической консультации детей ПОП.

Материал и методы. В исследование были включены 127 детей ПОП в возрасте от 10 до 16 лет, оно проводилось по инициативе матерей, на момент первичной консультации предъявлявших жалобы на эпизоды агрессивных реакций у детей, зачастую проявляющихся в форме вербальной агрессии в криках, угрозах, оговорах, чередующихся с выраженным утомлением на фоне увеличения учебной нагрузки; все дети характеризовались признаками школьной и социальной дизадаптации.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении первичной консультации детей ПОП в основном нами выявлялись такие признаки, как: невнимательность и беспокойство, трудность с концентрацией внимания, фиксация на проблемах, вызывающих тревожность, затруднения при ответах на вопросы, страх перед необходимыми действиями, прокрастинация, избегание общения.

В связи с вышеизложенным первичная психологическая диагностика детей ПОП проводилась по этапному алгоритму, включающему в себя профилактически ориентированную форму психологической помощи. Данный алгоритм очень важен, т. к. не всегда есть возможность для проведения классического психологического интервьюирования, для изучения всей первичной медицинской документации, а при определенной последовательности этапов представленная методика дает блиц-анализ актуального психоэмоционального состояния ребенка.

I этап. Получение предварительной информации о характере и степени выраженности психотравмирующей ситуации от матери, законного представителя ребенка и, при необходимости, других взрослых семьи.

II этап. Изучение характера жалоб ребенка; сбор анамнеза и «семейного анамнеза» с акцентом на уточнение условий и особенностей внутрисемейных взаимоотношений.

Первые два этапа обследования позволяют сделать предварительное заключение о специфике воздействия на ребенка психотравмирующих условий.

III этап. Для оценки особенностей и степени выраженности нарушения психологического состояния – применение набора психодиагностических невербальных методик, достаточно быстро оценивающих особенности личностной и эмоциональной сфер в следующей последовательности, постепенно раскрывающей отношение ребенка к психотравмирующей ситуации:

- Рисуночная методика «Несуществующее животное». Рисунки оказываются хорошими поводами для последующей беседы с ребенком, что позволяет получить дополнительную информацию с целенаправленным обсуждением после окончания рисования таких вопросов, как: Кто враги и друзья животного? Как оно ведет себя при опасности, например, если на него нападают? Что ему нужно для полного счастья?

- Методика «Тест цветовых выборов» [3] - для объективизации информации о текущем эмоциональном и физиологическом состоянии.

- Методика «Многомерная оценка детской тревожности» [2] – для структурной диагностики расстройств тревожного спектра у детей и подростков.

Одним из методов противодействия стрессу и снятия избыточного напряжения и тревожности у детей является использование произвольной саморегуляции, что было ранее показано нами на примере работы с женами лиц опасных

профессий [1]. Поэтому в диагностический этап также был включен тренинг игрового биоуправления с использованием игрового тренажера «БОС-Пульс» с продолжительностью диагностических сеансов до 20 мин.

Последовательность использования указанных методик обоснована постепенным углублением и облегчением контакта с ребенком, позволяющего дать возможность детям более легко выразить и вербализовать свои чувства и мысли.

IV этап. Оценка результатов скрининг-тестов с последующим обсуждением с матерью (или законным представителем) ребенка с включением механизма осознания и инициации желания активной помощи ребенку самим родителем. Этот этап межпоколенческого психологического подхода помогает матери трансформироваться из пассивного объекта в активного участника психокоррекционного процесса. Дальнейший процесс взаимодействия матери и психолога оказывает особое влияние на физическое и психологическое развитие ребенка, в первую очередь, формирование его адаптивных способностей, волевых и нравственных установок.

Алгоритм направлен на диагностику эмоциональной сферы детей и подростков, на распознавание эмоционального состояния и оценки перцептивных искажений, социализации, агрессии (как ауто-, так и гетеро-); особенностей словаря эмоций и речи (построение высказывания, наличие неологизмов и др.).

Итоговая оценка результатов проведения первичной психологической консультации детей ПОП по вышеприведенному алгоритму дает возможность разработки дальнейших персонифицированных маршрутов углубленного диагностического и коррекционного направлений для:

- решения проблемы низкой мотивации обращения за специализированной психологической помощью;
- упрощения организации проведения первичной и вторичной профилактики социально-психологической дизадаптации на профессиональном уровне, диагностики дизадаптированного поведения на раннем этапе;
- повышения эффективности первичной консультации детей благодаря снижению уровня негативизма к психологическому обследованию, а также быстрому преодолению психологического барьера, затрудняющего вербализацию чувств и мыслей;
- облегчения личностного осознания проблем ребенком и выявления свойственной этим детям агрессивной реакции в форме вербальной и физической агрессии, а также скрытой склонности проявлять агрессию непрямым путем в сочетании с чувством вины;
- экономии временных средств, затрачиваемых на «пробный подбор» диагностических методик, подходящих именно детям ПОП, что значительно уменьшит время реабилитационной программы, т. к. психологическая коррекция будет проводиться «прицельно», направленная непосредственно на выявленные особенности.

Полученные результаты можно применять при проведении первичной диагностики детей со специфическими особенностями коммуникации. Разработанная и проверенная на эффективность программа психологического воздействия для гармонизации развития компонентов невербальной коммуникации может применяться в работе клинических психологов, оказывающих помощь детям в семьях ПОП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г. Игровое биоуправление и стратегии совладающего поведения детей в семьях лиц опасных профессий // Журнал МедиАль. 2018. № 2(22). С. 95-98.

2. Ромицына Е.Е. Методика «Многомерная оценка детской тревожности». Учебно-методическое пособие. СПб.: Речь, 2012. 112 с.

3. Собчик Л.Н. МЦВ - метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. СПб.: «Речь», 2001. 112 с.

4. Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю. Применение биоповеденческой терапии в медико-психологической реабилитации членов семей лиц опасных профессий // Медицина катастроф. 2017. № 4(100). С. 26-30.

5. Суслов А.Г., Подушкина И.В., Квасов С.Е. [и др.] Оценка выраженности синдрома «эмоционального выгорания» у лиц опасных профессий // МедАль. 2017. № 1(46). С. 20-24.

6. Ушаков И.Б., Бубеев И.А. Стресс смертельно опасных состояний - особый вид стресса // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. № 4. С. 5-8.

REFERENCES

1. Kivorkova A.Yu., Solov`ev A.G. Igrovoe bioupravlenie i strategii sovladayushhego povedeniya detej v sem`yakh licz opasny`kh professij // Zhurnal MediAl`. 2018. # 2(22). S. 95-98.

2. Romicy`na E.E. Metodika «Mnogomernaya ocenka detskoj trevozhnosti». Uchebno-metodicheskoe posobie. SPb.: Rech`, 2012. 112 s.

3. Sobchik L.N. MCzV - metod czvetovy`kh vy`borov. Modificirovanny`j vos`miczvetovoj test Lyushera. Prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: «Rech`», 2001. 112 s.

4. Solov`ev A.G., Kivorkova A.Yu. Primenenie biopovedencheskoj terapii v mediko-psikhologicheskoy reabilitaczii chlenov semej licz opasny`kh professij // Mediczina katastrof. 2017. # 4(100). S. 26-30.

5. Suslov A.G., Podushkina I.V., Kvasov S.E. [i dr.] Oczenka vy`razhennosti sindroma «e`mocional`nogo vy`goraniya» u licz opasny`kh professij // MedAl`. 2017. # 1(46). S. 20-24.

6. Ushakov I.B., Bubeev I.A. Stress smertel`no opasny`kh sostoyanij - osoby`j vid stressa // Mediko-biologicheskie i soczial`no-psikhologicheskie problemy` bezopasnosti v chrezvy`chajny`kh situacziyakh. 2011. # 4. S. 5-8.

A.Yu.Kivorkova, A.G.Soloviev

**THE ALGORITHM FOR PRIMARY PSYCHODAGNOSTIC
CONSULTATION FOR CHILDREN OF REPRESENTATIVES
DANGEROUS PROFESSIONS**

Northern State Medical University (Arkhangelsk).

Summary. The article presents the features of psychological diagnostics the children in dangerous professions families, conducted during the primary consultation. Was shown that using this algorithm, which includes a prophylactically oriented form of psychological assistance, gives a blitz-analysis of the actual psycho-emotional state the child at the primary psychological consultation.

Keywords: persons of dangerous professions, psychological diagnostics, family, children, anxiety.

УДК 616.89 616-056.4

М.А. Калинина, Е.Е. Балакирева, Г.В. Козловская, С.Г. Никитина, Т.Е. Блинова, О.В. Шушпанова, Н.И. Голубева, Г.Н. Шимонова, М.В. Иванов, И.А. Марголина, Н.В. Платонова, А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, Н.С. Шалина**ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ, ЧАСТЬ 2-2 ФГБНУ НЦПЗ (Москва).**

Резюме. В статье представлен обзор литературы, посвященный различным патогенетическим аспектам формирования аутистических нарушений. Обсуждаются генетические и эпигенетические факторы риска. Отмечается важная роль иммунологических нарушений, роль нейровоспаления в формировании аутистических расстройств. Обсуждается роль нарушения обмена микробиоты в формировании процессов нейровоспаления. Выделяются критические периоды в онтогенезе, важные для формирования аутистических расстройств. На основе выявленных факторов риска предлагается разработка реабилитационных профилактических подходов для профилактики развития аутистических расстройств.

Ключевые слова: аутизм, дети, генетика, иммунология, патогенез, факторы риска и антириска.

Помимо нейропсихиатрических состояний у аутистов обнаруживается целый ряд сопутствующих заболеваний (сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, неалкогольная жировая болезнь печени у детей [97], которые в части случаев являются ятрогенными в связи с проводимой терапией. Эпилепсия [75] также является частым сопутствующим заболеванием РАС. Широкий спектр иммунологических нарушений при РАС предполагает возможную роль нейровоспаления в патогенезе эпилепсии при РАС.

С. Panisi, M. Marini и другие авторы [83] приводят разнообразные биологические данные, лежащие в основе сложной патогенетической модели РАС, подробно описав широкий спектр метаболических, иммунологических и микробиологических дисбалансов, влияющих на людей с РАС, начиная с зачатия и на протяжении всей их жизни. Предполагая взаимодействие этих факторов, можно оценить ситуацию в комплексе. Неоднократно высказывается мнение, что вмешательство на ранних этапах отклонений может послужить подходом к основам профилактики.

По мнению многих авторов, биологические характеристики должны быть гармонично интегрированы в биопсихосоциальную структуру [36, 57, 108]. Предлагается пересмотреть подходы подготовки медицинских кадров для преодоления стойкого противоречия между биологической перспективой и психосоциальным подходом, т. к. ошибочный подход препятствует достижению степени сложности исследований, необходимой для многомерной интеграции связей между телом, разумом и обществом, и приводит к тому, что службы и клиническая практика упускают возможность полной многомерной оценки и вмешательства, включая точную оценку сопутствующих заболеваний.

Актуальность оказания ранней и комплексной поддержки детям с высоким

риском нарушений развития нервной системы состоит в том, чтобы не упустить возможность использования ранней нейропластичности, в частности, во временном окне, предшествующем постановке диагноза в первые 1000 дней жизни ребенка [32, 68]. Отсутствие поддержки в первые 2 года жизни, задержка в постановке диагноза и латентный период между постановкой диагноза и началом психообразовательных вмешательств могут влиять на тяжесть нарушения, на индивидуальное качество жизни и увеличить социальную нагрузку на общество.

Важным для клинической практики представляется призыв авторов переосмыслить процесс практической реализации биопсихосоциальной концепции [36] в клинической практике с точки зрения подготовки врачей, психологов, педагогов. Представленные данные дают надежду обратиться к разработке основ первичной профилактики РАС в период максимальной нейропластичности нервной системы ребенка и оказать социальную поддержку детям и их семьям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ключник Т.П., Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Патент №218.016.2са6. Способ определения необходимости использования психофармакотерапии у пациентов с расстройствами аутистического спектра на момент их обследования. 2017, ФГБНУ НЦПЗ. URL: <https://edrid.ru/rid/218.016.2са6.html> (дата обращения 27.12.2019)

2. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. [Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П. и др.] 2013; под ред. Симашковой Н.В. - Москва: Авторская академия, 2013. 263с. ISBN 978-5-91902-026-4.

3. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П. Клинико-биологические подходы к диагностике и обоснованию персонализированной терапии у пациентов с расстройствами аутистического спектра // Психиатрия. 2018;2(78):17-24.

4. Филиппова Ю.Ю. Воспалительный потенциал и дисрегуляция оси «микробиота кишечника–иммунная система–мозг» у детей с расстройствами аутистического спектра: дисс... докт.биол.наук. Южно-Уральский государственный медицинский университет. Челябинск, 2022. 247 с.: ил.

5. Шимонова Г.Н., Калинина М.А., Козловская Г.В. Особенности неврологических нарушений у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 4. С. 11-17.

6. Шимонова Г.Н., Козловская Г.В., Калинина М.А. Вегетативный статус и его особенности у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018(18.). № 3. С. 4-14.

REFERENCES

1. Klyushnik T.P., Simashkova N.V., Yakupova L.P. Patent #218.016.2са6. Sposob opredeleniya neobkhodimosti ispol'zovaniya psikhofarmakoterapii u paczientov s rasstrojstvami autisticheskogo spektra na moment ikh obsledovaniya. 2017, FGBNU NCzPZ. URL: <https://edrid.ru/rid/218.016.2са6.html> (data obrashheniya 27.12.2019)

2. Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo. [Simashkova N.V., Klyushnik T.P., Yakupova L.P. i dr.] 2013; pod red. Simashkovej N.V. - Moskva: Avtorskaya akademiya, 2013. 263s. ISBN 978-5-91902-026-4.

3. Simashkova N.V., Klyushnik T.P., Yakupova L.P. Kliniko-biologicheskie podkhody` k diagnostike i obosnovaniyu personalizirovannoj terapii u paczientov s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Psikiatriya. 2018;2(78):17-24.

4. Filippova Yu.Yu. Vospalitel`ny`j potencial i disregulyacziya osi «mikrobiota

kishechnika–immunnaya sistema–mozg» u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra: diss... dokt.biol.nauk. Yuzhno-Ural'skij gosudarstvennyj medicinskij universitet. Chelyabinsk, 2022. 247 s.: il.

5. Shimonova G.N., Kalinina M.A., Kozlovskaya G.V. Osobnosti neurologicheskikh narushenij u detej rannego vozrasta s rasstrojstvami autisti-cheskogo spektra // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2021 (21). # 4. S. 11-17.

6. Shimonova G.N., Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A. Vegetativnyj status i ego osobennosti u detej rannego vozrasta s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2018 (18.). # 3. S. 4-14.

7. Aagaard K., Riehle K., Ma J., Segata N., Mistretta T.A., Coarfa C., Raza S., Rosenbaum S., Van den Veyver I., Milosavljevic A., et al. A metagenomic approach to characterization of the vaginal microbiome signature in pregnancy. *PLoS ONE*. 2012;7: e36466. doi: 10.1371/journal.pone.0036466.

8. Abruzzo P.M., Matté A., Bolotta A., Federti E., Ghezzi A., Guarnieri T., Marini M., Posar A., Siciliano A., De Franceschi L., et al. Plasma peroxiredoxin changes and inflammatory cytokines support the involvement of neuro-inflammation and oxidative stress in Autism Spectrum Disorder. *J. Transl. Med.* 2019; 17:332. doi: 10.1186/s12967-019-2076-z.

9. Abruzzo P.M., Panisi C., Marini M. The Alteration of Chloride Homeostasis/GABAergic Signaling in Brain Disorders: Could Oxidative Stress Play a Role? *Antioxidants*. 2021; 10:1316. doi: 10.3390/antiox10081316.

10. Adams J.B., Johansen L.J., Powell L.D., Quig D., Rubin R.A. Gastrointestinal flora and gastrointestinal status in children with autism—Comparisons to typical children and correlation with autism severity. *BMC Gastroenterol.* 2011; 11:22. doi: 10.1186/1471-230X-11-22.

11. Agus A., Planchais J., Sokol H. Gut Microbiota Regulation of Tryptophan Metabolism in Health and Disease. *Cell Host Microbe*. 2018; 23:716–724. doi: 10.1016/j.chom.2018.05.003.

12. Anwar A., Marini M., Abruzzo P.M., Bolotta A., Ghezzi A., Visconti P., Thornalley P.J., Rabbani N. Quantitation of plasma thiamine, related metabolites and plasma protein oxidative damage markers in children with autism spectrum disorder and healthy controls. *Free Radic. Res.* 2016;50((Suppl. 1)): S85–S90. doi: 10.1080/10715762.2016.1239821.

13. Ashwood P., Krakowiak P., Hertz-Picciotto I., Hansen R., Pessah I., Van de Water J. Elevated plasma cytokines in autism spectrum disorders provide evidence of immune dysfunction and are associated with impaired behavioral outcome. *Brain Behav. Immun.* 2011; 25:40–45. doi: 10.1016/j.bbi.2010.08.003.

14. Bargiela D., Chinnery P.F. Mitochondria in neuroinflammation—Multiple sclerosis (MS), leber hereditary optic neuropathy (LHON) and LHON-MS. *Neurosci. Lett.* 2019; 710:132932. doi: 10.1016/j.neulet.2017.06.051.

15. Barker D.J., Eriksson J.G., Forsén T., Osmond C. Fetal origins of adult disease: Strength of effects and biological basis. *Int. J. Epidemiol.* 2002; 31:1235–1239. doi: 10.1093/ije/31.6.1235.

16. Belardo A., Gevi F., Zolla L. The concomitant lower concentrations of vitamins B6, B9 and B12 may cause methylation deficiency in autistic children. *J. Nutr. Biochem.* 2019; 70:38–46. doi: 10.1016/j.jnutbio.2019.04.004.

17. Bonaz B., Sinniger V., Pellissier S. Therapeutic Potential of Vagus Nerve

Stimulation for Inflammatory Bowel Diseases. *Front. Neurosci.* 2021; 15:300. doi: 10.3389/fnins.2021.650971.

18. Borre Y.E., O’Keeffe G.W., Clarke G., Stanton C., Dinan T.G., Cryan J.F. Microbiota and neurodevelopmental windows: Implications for brain disorders. *Trends Mol. Med.* 2014; 20:509–518. doi: 10.1016/j.molmed.2014.05.002.

19. Bundgaard-Nielsen C., Knudsen J., Leutscher P.D.C., Lauritsen M.B., Nyegaard M., Hagstrom S., Sørensen S. Gut Microbiota Profiles of Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Literature Review. *Gut Microbes.* 2020; 11:1172–1187. doi: 10.1080/19490976.2020.1748258

20. Burgio E. Environment and Fetal Programming: The origins of some current “pandemics” *J. Pediatr. Neonatal Individ. Med.* 2015; 4:2.

21. Bystrova K. Novel mechanism of human fetal growth regulation: A potential role of lanugo, vernix caseosa and a second tactile system of unmyelinated low-threshold C-afferents. *Med. Hypotheses.* 2009; 72:143–146. doi: 10.1016/j.mehy.2008.09.033.

22. Castelbaum L., Sylvester C.M., Zhang Y., Yu Q., Constantino J.N. On the Nature of Monozygotic Twin Concordance and Discordance for Autistic Trait Severity: A Quantitative Analysis. *Behav. Genet.* 2020; 50:263–272. doi: 10.1007/s10519-019-09987-2.

23. Cerritelli F., Frasci M.G., Antonelli M.C., Viglione C., Vecchi S., Chiera M., Manzotti A. A Review on the Vagus Nerve and Autonomic Nervous System During Fetal Development: Searching for Critical Windows. *Front. Neurosci.* 2021; 15:721605. doi: 10.3389/fnins.2021.721605.]

24. Chaidez V., Hansen R.L., Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal Problems in Children with Autism, Developmental Delays or Typical Development. *J. Autism Dev. Disord.* 2014; 44:1117–1127. doi: 10.1007/s10803-013-1973-x.

25. Chauhan A., Chauhan V. Oxidative stress in autism. *Pathophysiology.* 2006; 13:171–181. doi: 10.1016/j.pathophys.2006.05.007.

26. Cusick S.E., Georgieff M.K. The Role of Nutrition in Brain Development: The Golden Opportunity of the “First 1000 Days” *J. Pediatr.* 2016; 175:16–21. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.05.013.

27. Dall’Aglio L., Muka T., Cecil C.A.M., Bramer W.M., Verbiest M.M.P.J., Nano J., Hidalgo A.C., Franco O.H., Tiemeier H. The role of epigenetic modifications in neurodevelopmental disorders: A systematic review. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2018; 94:17–30. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.07.011.

28. Deidda G., Biazzo M. Gut and Brain: Investigating Physiological and Pathological Interactions Between Microbiota and Brain to Gain New Therapeutic Avenues for Brain Diseases. *Front. Neurosci.* 2021; 15:753915. doi: 10.3389/fnins.2021.753915.

29. Dhulkifle H., Agouni A., Zeidan A., Saif Al-Kuwari M., Parray A., Tolefat M., Korashy H.M. Influence of the Aryl Hydrocarbon Receptor Activating Environmental Pollutants on Autism Spectrum Disorder. *Int. J. Mol. Sci.* 2021;22: 9258. doi: 10.3390/ijms22179258.

30. Ding H., Yi X., Zhang X., Wang H., Liu H., Mou W.W. Imbalance in the Gut Microbiota of Children with Autism Spectrum Disorders. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 2021; 11:572752. doi: 10.3389/fcimb.2021.572752.

31. Douaud G., Refsum H., de Jager C.A., Jacoby R., Nichols T.E., Smith S.M., Smith A.D. Preventing Alzheimer’s disease-related gray matter atrophy by B-vitamin

treatment. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 2013; 110:9523–9528. doi: 10.1073/pnas.1301816110.

32. Dupont C., Armant D.R., Brenner C.A. Epigenetics: Definition, mechanisms and clinical perspective. Semin. Reprod. Med. 2009; 27:351–357. doi: 10.1055/s-0029-1237423.

33. Ebrahimi-Fakhari D., Sahin M. Autism and the synapse: Emerging mechanisms and mechanism-based therapies. Curr. Opin. Neurol. 2015; 28:91–102. doi: 10.1097/WCO.0000000000000186.

34. El Aidy S., Dinan T.G., Cryan J.F. Gut Microbiota: The Conductor in the Orchestra of Immune-Neuroendocrine Communication. Clin. Ther. 2015; 37:954–967. doi: 10.1016/j.clinthera.2015.03.002.

35. Emberti Gialloreti L., Mazzone L., Benvenuto A., Fasano A., Alcon A.G., Kraneveld A., Moavero R., Raz R., Riccio M.P., Siracusano M., et al. Risk and Protective Environmental Factors Associated with Autism Spectrum Disorder: Evidence-Based Principles and Recommendations. J. Clin. Med. 2019; 8:217. doi: 10.3390/jcm8020217.

36. Engel G.L. The biopsychosocial model and the education of health professionals. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1978; 310:169–187. doi:10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x.

37. Estes M.L., McAllister A.K. Immune mediators in the brain and peripheral tissues in autism spectrum disorder. Nat. Rev. Neurosci. 2015; 16:469–486. doi: 10.1038/nrn3978.

38. Fernandez M., Mollinedo-Gajate I., Penagarikano O. Neural circuits for social cognition: Implications for autism. Neuroscience. 2018; 370:148–162. doi: 10.1016/j.neuroscience.2017.07.013.

39. Ferreri C., Masi A., Sansone A., Giacometti G., Larocca A.V., Menounou G., Scanferlato R., Tortorella S., Rota D., Conti M., et al. Fatty Acids in Membranes as Homeostatic, Metabolic and Nutritional Biomarkers: Recent Advancements in Analytics and Diagnostics. Diagnostics. 2016; 22:1. doi: 10.3390/diagnostics7010001.

40. Firth J., Carney R., Stubbs B., Teasdale S.B., Vancampfort D., Ward P.B., Berk M., Sarris J. Nutritional Deficiencies and Clinical Correlates in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophr. Bull. 2018; 44:1275–1292. doi: 10.1093/schbul/sbx162.

41. Fleming T.P., Velazquez M.A., Eckert J.J. Embryos, DOHaD and David Barker. J. Dev. Orig. Health Dis. 2015; 6:377–383. doi: 10.1017/S2040174415001105.

42. Francis K., Karantanos G., Al-Ozairi A., AlKhadhari S. Prevention in Autism Spectrum Disorder: A Lifelong Focused Approach. Brain Sci. 2021; 11:151. doi: 10.3390/brainsci11020151.

43. Frasch M.G., Herry C.L., Niu Y., Giussani D.A. First evidence that intrinsic fetal heart rate variability exists and is affected by hypoxic pregnancy. J. Physiol. 2020; 598:249–263. doi: 10.1113/JP278773.

44. Frye R.E. Biomarkers of abnormal energy metabolism in children with autism spectrum disorder. N. Am. J. Med. Sci. 2012; 5:141–147. doi: 10.7156/v5i3p141.

45. Garbett K.A., Hsiao E.Y., Kálmán S., Patterson P.H., Mirmics K. Effects of maternal immune activation on gene expression patterns in the fetal brain. Transl. Psychiatry. 2012; 2: e 98. doi: 10.1038/tp.2012.24.

46. Gars A., Ronczkowski N.M., Chassaing B., Castillo-Ruiz A., Forger N.G. First Encounters: Effects of the Microbiota on Neonatal Brain Development. Front. Cell. Neurosci. 2021; 15:682505. doi: 10.3389/fncel.2021.682505.

47. Gevi F., Zolla L., Gabriele S., Persico A.M. Urinary metabolomics of young Italian autistic children supports abnormal tryptophan and purine metabolism. *Mol. Autism*. 2016; 7:47–55. doi: 10.1186/s13229-016-0109-5.

48. Grossi E., Migliore L., Muratori F. Pregnancy risk factors related to autism: An Italian case-control study in mothers of children with autism spectrum disorders (ASD), their siblings and of typically developing children. *J. Dev. Orig. Health Dis.* 2018; 9:442–449. doi: 10.1017/S2040174418000211.

49. Hamza M., Halayem S., Mrad R., Bourgou S., Charfi F., Belhadj A. Epigenetics' implication in autism spectrum disorders: A review. *Encephale*. 2017; 43:374–381. doi: 10.1016/j.encep.2016.07.007.

50. Ho P., Ross D.A. More Than a Gut Feeling: The Implications of the Gut Microbiota in Psychiatry. *Biol. Psychiatry*. 2017; 81: e35–e37. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.12.018.

51. Hooper L.V., Littman D.R., Macpherson A.J. Interactions between the microbiota and the immune system. *Science*. 2012; 336:1268–1273. doi: 10.1126/science.1223490.

52. Hu V.W. From genes to environment: Using integrative genomics to build a “systems-level” understanding of autism spectrum disorders. *Child Dev*. 2013; 84:89–103. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01759. x.

53. Hu V.W., Devlin C.A., Debski J.J. ASD Phenotype-Genotype Associations in Concordant and Discordant Monozygotic and Dizygotic Twins Stratified by Severity of Autistic Traits. *Int. J. Mol. Sci.* 2019; 20:3804. doi: 10.3390/ijms20153804.

54. Iakoucheva L.M., Muotri A.R., Sebat J. Getting to the Cores of Autism. *Cell*. 2019; 5:1287–1298. doi: 10.1016/j.cell.2019.07.037.

55. Jurnak F. The Pivotal Role of Aldehyde Toxicity in Autism Spectrum Disorder: The Therapeutic Potential of Micronutrient Supplementation. *Nutr. Metab. Insights*. 2016;8((Suppl. 1)):57–77. doi: 10.4137/NML.S29531.

56. Kałużna-Czaplińska J., Gałtarek P., Chirumbolo S., Chartrand M.S., Bjørklund G. How important is tryptophan in human health? *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* 2019; 59:72–88. doi: 10.1080/10408398.2017.1357534.

57. Keller R., Basta R., Salerno L., Elia M. Autism, epilepsy, and synaptopathies: A not rare association. *Neurol. Sci.* 2017; 38:1353–1361. doi: 10.1007/s10072-017-2974-x.

58. Kiefer J.C. Epigenetics in development. *Dev. Dyn.* 2007; 236:1144–1156. doi: 10.1002/dvdy.21094.

59. Knuesel I., Chicha L., Britschgi M., Schobel S.A., Bodmer M., Hellings J.A., Toovey S., Prinssen E.P. Maternal immune activation and abnormal brain development across CNS disorders. *Nat. Rev. Neurol.* 2014; 10:643–660. doi: 10.1038/nrneurol.2014.187.

60. Kong X., Liu J., Liu K., Koh M., Tian R., Hobbie C., Fong M., Chen Q., Zhao M., Budjan C., et al. Altered Autonomic Functions and Gut Microbiome in Individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD): Implications for Assisting ASD Screening and Diagnosis. *J. Autism Dev. Disord.* 2021; 51:144–157. doi: 10.1007/s10803-020-04524-1.

61. Koren O., Goodrich J.K., Cullender T.C., Spor A., Laitinen K., Bäckhed H.K., Gonzalez A., Werner J.J., Angenent L.T., Knight R., et al. Host remodeling of the gut microbiome and metabolic changes during pregnancy. *Cell*. 2012; 150:470–

480. doi: 10.1016/j.cell.2012.07.008.

62. Kulkarni S., Ganz J., Bayrer J., Becker L., Bogunovic M., Rao M. Advances in enteric neurobiology: The “brain” in the gut in health and disease. *J. Neurosci.* 2018; 38:9346–9354. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1663-18.2018.

63. Kushki A., Brian J., Dupuis A., Anagnostou E. Functional autonomic nervous system profile in children with autism spectrum disorder. *Mol. Autism.* 2014; 5:39. doi: 10.1186/2040-2392-5-39.

64. La Salle J.M. A genomic point-of-view on environmental factors influencing the human brain methylome. *Epigenetics.* 2011; 6:862–869. doi: 10.4161/epi.6.7.16353.

65. Labouesse M.A., Dong E., Grayson D.R., Guidotti A., Meyer U. Maternal immune activation induces GAD1 and GAD2 promoter remodeling in the offspring prefrontal cortex. *Epigenetics.* 2015; 10:1143–1155. doi: 10.1080/15592294.2015.1114202.

66. Lanza M., Campolo M., Casili G., Filippone A., Paterniti I., Cuzzocrea S., Esposito E. Sodium Butyrate Exerts Neuroprotective Effects in Spinal Cord Injury. *Mol. Neurobiol.* 2019; 56:3937–3947. doi: 10.1007/s12035-018-1347-7

67. Li Q., Zhou J.M. The microbiota-gut-brain axis and its potential therapeutic role in autism spectrum disorder. *Neuroscience.* 2016; 2:131–139. doi: 10.1016/j.neuroscience.2016.03.013.

68. Linnér A., Almgren M. Epigenetic programming—The important first 1000 days. *Acta Paediatr.* 2020; 109:443–452. doi: 10.1111/apa.15050.

69. Littman D.R., Pamer E.G. Role of the commensal microbiota in normal and pathogenic host immune responses. *Cell Host Microbe.* 2011; 20:311–323. doi: 10.1016/j.chom.2011.10.004.

70. Liu G., Gao J., Zhu M., Liu K., Zhang H.L. Gut Microbiota and Dysbiosis in Alzheimer’s Disease: Implications for Pathogenesis and Treatment. *Mol. Neurobiol.* 2020; 57:5026–5043. doi: 10.1007/s12035-020-02073-3.

71. Liu J., Zhang M., Kong X. Gut microbiome and autism: Recent advances and future perspectives. *Am. J. Med. Sci.* 2016; 9:3. doi: 10.7156/najms.2016.0903104.

72. Liu X.M., Takumi T. Genomic and genetic aspects of autism spectrum disorder. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 2014; 452:244–253. doi: 10.1016/j.bbrc.2014.08.108.

73. Mandò C., Anelli G.M., Novielli C., Panina-Bordignon P., Massari M., Mazzocco M.I., Cetin I. Impact of Obesity and Hyperglycemia on Placental Mitochondria. *Oxidative Med. Cell. Longev.* 2018:2378189. doi: 10.1155/2018/2378189.

74. Marler S., Ferguson B.J., Lee E.B., Peters B., Williams K.C., McDonnell E., Macklin E.A., Levitt P., Margolis K.G., Beversdorf D.Q., et al. Association of Rigid-Compulsive Behavior with Functional Constipation in Autism Spectrum Disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 2017; 47:1673–1681. doi: 10.1007/s10803-017-3084-6.

75. Mouridsen S.E., Brønnum-Hansen H., Rich B., Isager T. Mortality and causes of death in autism spectrum disorders. *Autism.* 2008; 12:403–414. doi: 10.1177/1362361308091653.

76. Mulkey S.B., du Plessis A.J. Autonomic nervous system development and its impact on neuropsychiatric outcome. *Pediatr. Res.* 2019; 85:120–126. doi: 10.1038/s41390-018-0155-0.

77. Nardone S., Elliott E. The Interaction between the Immune System and Epigenetics in the Etiology of Autism Spectrum Disorders. *Front. Neurosci.* 2016;

10:329. doi: 10.3389/fnins.2016.00329.

78. Nardone S., Sams D.S., Reuveni E., Getselter D., Oron O., Karpuj M., Karpuj M., Elliott E. DNA methylation analysis of the autistic brain reveals multiple dysregulated biological pathways. *Transl. Psychiatry*. 2014;4: e 433. doi: 10.1038/tp.2014.70.

79. Narzisi A., Posada M., Barbieri F., Chericoni N., Ciuffolini D., Pinzino M., Romano R., Scatton M.L Tancredi R., Calderoni S., et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a large Italian catchment area: A school-based population study within the ASD EU project. *Epidemiol.Psychiatr.Sci*.2020; 29:5. doi:10.1017/S2045796018000483

80. Naveed M., Zhou Q.G., Xu C., Taleb A., Meng F., Ahmed B., Zhang Y., Fukunaga K., Han F. Gut-brain axis: A matter of concern in neuropsychiatric disorder. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2021; 104:110051. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110051.

81. Nugent B.M., Bale T.L. The omniscient placenta: Metabolic and epigenetic regulation of fetal programming. *Front. Neuroendocrinol*. 2015; 39:28–37. doi: 10.1016/j.yfrne.2015.09.001.

82. Onore C., Careaga M., Ashwood P. The role of immune dysfunction in the pathophysiology of autism. *Brain Behav. Immun*. 2012; 26:383–392. doi: 10.1016/j.bbi.2011.08.007.

83. Panisi C, Guerini FR, Abruzzo PM, Balzola F, Biava PM, Bolotta A, Brunero M, Burgio E, Chiara A, Clerici M, Croce L, Ferreri C, Giovannini N, Ghezzi A, Grossi E, Keller R, Manzotti A, Marini M, Migliore L, Moderato L, Moscone D, Mussap M, Parmeggiani A, Pasin V, Perotti M, Piras C, Saresella M, Stoccoro A, Toso T, Vacca RA, Vagni D, Vendemmia S, Villa L, Politi P, Fanos V. Autism Spectrum Disorder from the Womb to Adulthood: Suggestions for a Paradigm Shift. *J Pers Med*. 2021 Jan 25;11(2):70. doi: 10.3390/jpm11020070.

84. Parker-Athill E.C., Tan J. Maternal immune activation and autism spectrum disorder: Interleukin-6 signaling as a key mechanistic pathway. *Neurosignals*. 2010; 18:113–128. doi: 10.1159/000319828.

85. Qin J., Li R., Raes J., Arumugam M., Burgdorf K.S., Manichanh C., Nielsen T., Pons N., Levenez F., Yamada T., et al. A human gut microbial gene catalogue established by metagenomic sequencing. *Nature*. 2010; 464:59–65. doi: 10.1038/nature08821.

86. Ramaekers V., Sequeira J.M., DiDuca M., Vrancken G., Thomas A., Philippe C., Peters M., Jadot A., Quadros E.V. Improving Outcome in Infantile Autism with Folate Receptor Autoimmunity and Nutritional Derangements: A Self-Controlled Trial. *Autism Res. Treat*. 2019; 18:7486431. doi: 10.1155/2019/7486431.

87. Ratsika A., Codagnone M.C., O'Mahony S., Stanton C., Cryan J.F. Priming for Life: Early Life Nutrition and the Microbiota-Gut-Brain Axis. *Nutrients*. 2021;13: 423. doi: 10.3390/nu13020423.

88. Reichetzeder C. Overweight and obesity in pregnancy: Its impact on epigenetics. *Eur. J. Clin. Nutr*. 2021; 75:1710–1722. doi: 10.1038/s41430-021-00905-6.

89. Ronald A., Hoekstra R.A. Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies. *Am. J. Med. Genet*. 2011; 156:255–274. doi: 10.1002/ajmg.b.31159.

90. Rossignol D., Frye R.E. Mitochondrial dysfunction in autism spectrum dis-

orders: A systematic review and meta-analysis. *Mol. Psychiatry*. 2012; 17:290–314. doi: 10.1038/mp.2010.136.

91. Rossignol D.A., Frye R.E. A review of research trends in physiological abnormalities in autism spectrum disorders: Immune dysregulation, inflammation, oxidative stress, mitochondrial dysfunction and environmental toxicant exposures. *Mol. Psychiatry*. 2012;17: 389–401. doi: 10.1038/mp.2011.165.

92. Rudzki L., Stone T.W., Maes M., Misiak B., Samochowiec J., Szulc A. Gut microbiota-derived vitamins—Underrated powers of a multipotent ally in psychiatric health and disease. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2021; 107:110240. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110240.

93. Saghazadeh A., Ataenia B., Keynejad K., Abdolalizadeh A., Hirbod-Mobarakeh A., Rezaei N. Anti-inflammatory cytokines in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Cytokine*. 2019; 123:154740. doi: 10.1016/j.cyto.2019.154740.

94. Saresella M., Marventano I., Guerini F.R., Mancuso R., Ceresa L., Zanzottera M., Rusconi B., Maggioni E., Tinelli C., Clerici M. An autistic endophenotype results in complex immune dysfunction in healthy siblings of autistic children. *Biol. Psychiatry*. 2009; 66:978–984. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.06.020.

95. Saresella M., Piancone F., Marventano I., Zoppis M., Hernis A., Zanette M., Trabattoni D., Chiappedi M., Ghezzi A., Canevini M.P., et al. Multiple inflammasome complexes are activated in autistic spectrum disorders. *Brain Behav. Immun*. 2016; 57:125–133. doi: 10.1016/j.bbi.2016.03.009.

96. Sequeira J.M., Desai A., Berrocal-Zaragoza M.I., Murphy M.M., Fernandez-Ballart J.D., Quadros E.V. Exposure to Folate Receptor Alpha Antibodies during Gestation and Weaning Leads to Severe Behavioral Deficits in Rats: A Pilot Study. *PLoS ONE*. 2016; 11: e 0152249. doi: 10.1371/journal.pone.0152249

97. Shedlock K., Susi A., Gorman G.H., Hisle-Gorman E., Erdie-Lalena C.R., Nylund C.M. Autism Spectrum Disorders and Metabolic Complications of Obesity. *J. Pediatr*. 2016; 178:183–187.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2016.07.055

98. Spiers H., Hannon E., Schalkwyk L.C., Smith R., Wong C.C., O'Donovan M.C., Bray N.J., Mill J. Methyloomic trajectories across human fetal brain development. *Genome Res*. 2015; 25:338–352. doi: 10.1101/gr.180273.114.

99. Stilling R.M., Dinan T.G., Cryan J.F. Microbial genes, brain & behavior—Epigenetic regulation of the gut-brain axis. *Genes Brain Behav*. 2014; 13:69–86. doi: 10.1111/gbb.12109.

100. Strohmaier R.C. Linear genetics, non-linear epigenetics: Complementary approaches to understanding complex diseases. *Integr. Physiol. Behav. Sci*. 1995; 30:273–282. doi: 10.1007/BF02691601.

101. Suzuki K., Sugihara G., Ouchi Y., Nakamura K., Futatsubashi M., Takebayashi K., Yoshihara Y., Omata K., Matsumoto K., Tsuchiya K.J., et al. Microglial activation in young adults with autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70:49–58. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.272.

102. Tetreault N.A., Hakeem A.Y., Jiang S., Williams B.A., Allman E., Wold B.J., Allman J.M. Microglia in the cerebral cortex in autism. *J. Autism Dev. Disord*. 2012; 42:2569–2584. doi: 10.1007/s10803-012-1513-0.

103. Tick B., Bolton P., Happé F., Rutter M., Rijdsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders: A meta-analysis of twin studies. *J. Child Psychol. Psychiatr*.

2016; 57:585–595. doi: 10.1111/jcpp.12499.

104. Turnbaugh P.J., Ley R.E., Hamady M., Fraser-Liggett C.M., Knight R., Gordon J.I. The human microbiome project. *Nature*. 2007; 449:804–810. doi: 10.1038/nature06244.

105. Vargas D.L., Nascimbene C., Krishnan C., Zimmerman A.W., Pardo C.A. Neuroglial activation and neuroinflammation in the brain of patients with autism. *Ann. Neurol*. 2005; 57:67–81. doi: 10.1002/ana.20315.

106. Vuong H.E., Hsiao E.Y. Emerging Roles for the Gut Microbiome in Autism Spectrum Disorder. *Biol. Psychiatry*. 2017; 1:411–423. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.08.024.

107. Wang S., Qian J., Sun F., Li M., Ye J., Li M., Du M., Li D. Bidirectional regulation between 1st trimester HTR8/SVneo trophoblast cells and in vitro differentiated Th17/Treg cells suggest a fetal-maternal regulatory loop in human pregnancy. *Am. J. Reprod. Immunol*. 2019; 81: e13106. doi: 10.1111/aji.13106.

108. Waxman S.G. Channel, neuronal, and clinical function in sodium channelopathies: From genotype to phenotype. *Nat. Neurosci*. 2007;10: 405–409. doi: 10.1038/nn1857.

109. Wei H., Zhu Y., Wang T., Zhang X., Zhang K., Zhang Z. Genetic risk factors for autism-spectrum disorders: A systematic review based on systematic reviews and meta-analysis. *J. Neural Transm*. 2021; 128:717–734. doi: 10.1007/s00702-021-02360-w.

110. Yektaş 3., Alpay M., Tufan A.E. Comparison of serum B12, folate and homocysteine concentrations in children with autism spectrum disorder or attention deficit hyperactivity disorder and healthy controls. *Neuropsychiatr. Dis. Treat*. 2019; 15: 2213. doi:10.2147/NDT.S212361

111. Zhang Y., Hodgson N.W., Trivedi M.S., Abdolmaleky H.M., Fournier M., Cuenod M., Do K.Q., Deth R.C. Decreased Brain Levels of Vitamin B12 in Aging, Autism and Schizophrenia. *PLoS ONE*. 2016; 11: e 0146797. doi: 10.1371/journal.pone.0146797.

M.A. Kalinina, E.E. Balakireva, G.V. Kozlovskaya, S.G. Nikitina, T.E. Blinova, O.V. Shushpanova, N.I. Golubeva, G.N. Shimonova, M.V. Ivanov, I.A. Margolina, N.V. Platonova, A.V. Kulikov, A.A. Koval-Zaitsev, N.S. Shalina

CHILDHOOD AUTISM - HISTORICAL ASPECTS AND NEW PERSPECTIVES. BIOLOGICAL BASIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS. LITERATURE REVIEW, PART 2-2

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The article presents a review of the literature devoted to various pathogenetic aspects of the formation of autistic disorders. Genetic and epigenetic risk factors are discussed. The important role of immunological disorders and the role of neuroinflammation in the formation of autistic disorders is noted. The role of microbiota metabolic disturbances in the formation of neuroinflammation processes is discussed. Critical periods in ontogenesis are identified that are important for the formation of autistic disorders. Based on the identified risk factors, the development of habilitation preventive approaches to prevent the development of autistic disorders is proposed.

Keywords: autism, children, genetics, immunology, pathogenesis, risk and anti-risk factors.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)**

¹Центр психотерапии ООО «Медикас», ²Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (Москва).

Резюме. Целью обзора являлось обобщение и анализ современных данных о этиологических и патогенетических механизмах развития посттравматического стрессового расстройства у подростков и рассмотрение существующих и перспективных патогенетически обоснованных терапевтических подходов. Статья не пытается представить всесторонний или систематический обзор результатов исследований, проведенных в последние десятилетия на тему ПТСР у подростков, а затрагивает, в первую очередь, избранные аспекты, которые могут быть наиболее интересны для практических врачей.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, подростки, травма ориентированная терапия, десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз, кетамин, адреноблокаторы, празозин.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является распространенной формой психической патологии у подростков, часто приводящей к тяжелой социальной дизадаптации, однако в отличие от ПТСР у взрослых сравнительно мало известно о механизмах развития подросткового ПТСР, его нейробиологии и методах лечения. Улучшение нашего понимания патогенетических механизмов ПТСР у подростков в контексте развития нервной системы и формирования психических функций имеет решающее значение для разработки новых и персонализированных подходов к терапии. ПТСР в настоящее время рассматривается как комплекс психопатологических проявлений, развивающийся после воздействия экстремального угрожающего события или серий событий [9, 27] и оказывающий существенное влияние на состояние здоровья и психосоциальное благополучие пациентов со значительным снижением качества жизни, увеличением риска развития коморбидных психических расстройств, суицидального поведения и химических аддикций [3]. ПТСР может оказывать отрицательное влияние онтогенез ЦНС и психосоциальное развитие подростка [46]. Показано, что ПТСР, перенесенный в детско-подростковом возрасте, является значимым фактором формирования психической патологии у взрослых [15, 23].

Согласно современным международным систематикам психической патологии симптомы ПТСР включают симптомы повторного переживания травматического события в виде навязчивых мыслей, воспоминаний и ночных кошмаров, избегания любых напоминаний о травматическом событии, часто амнезии важных аспектов периода воздействия стрессора и повышенной возбудимости (раздражительности, неосторожного поведения, трудности концентрации внимания, нарушения сна) [9, 27]. Данные многочисленных исследований позволяют утверждать, что ПТСР может возникнуть в любой период жизни [9]. Согласно мета-анализу исследований точечной распространенности ПТСР в под-

ростковом периоде им страдают 3-15% девочек и 1-6% мальчиков [46]. Распространенность ПТСР в течение жизни расценивается как 8% и 2,3% для подростков женского и мужского пола соответственно [36, 46].

Популяционные исследования, проведенные в США и Западной Европе, показывают, что порядка 60% юношей и девушек в течение жизни переживают как минимум одну травматическую ситуацию, сопровождающуюся угрозой их жизни или самоидентичности, могущую явиться этиологическим фактором развития ПТСР. Такие экстремальные ситуации, включающие стихийные бедствия, физическое и сексуальное насилие, присутствие при физическом насилии или убийстве, тяжелые заболевания и травмы, пребывание в зоне военных действий, обычно определяют как потенциальное психотравмирующее событие (ПТС) [9, 33, 45, 47]. Следует отметить, что не менее 35% подростков подвергаются воздействию ПТС два и более раз [47]. Реакция на травматический опыт варьирует от временного дистресса до развития хронических расстройств, и хотя ПТСР развивается у меньшинства, симптоматика, полностью отвечающая критериям этой психопатологической формы, обнаруживается у 20% подростков, перенесших ПТС, а в выборке подростков, подвергнувшихся сексуальному насилию, еще чаще — у 40% [8, 33, 13]. Примерно 50% подростков-жертв, переживших ПТС, имеют по крайней мере один симптом ПТСР [8, 33]. В своем мета-анализе 27 лонгитудинальных исследований R.M. Hiller et al. [24] отмечают, что распространенность связанных со стрессом расстройств снижается в течение года после ПТС и что многие подростки выздоравливают спонтанно, но спонтанное выздоровление через 6 месяцев после травмы уже маловероятно. Риск развития ПТСР почти в 3 раза выше при межличностной травме (психологической травме в результате взаимодействия между людьми), чем при немежличностной, а у девочек значимо выше, чем у мальчиков [8, 45].

Считается, что в силу недостаточно сформированных механизмов психологической защиты и конструктивных форм совладающего поведения стрессогенность ПТС у подростков выше, чем у взрослых [1], что делает их особенно уязвимыми для развития дистресса и непосредственно связанных со стрессом психических расстройств.

Исследователи отмечают многообразие средовых и биологических факторов, предрасполагающих к развитию ПТСР после перенесенной ПТС, оказывающих влияние на различных этапах патогенеза. По временному признаку эти факторы принято подразделять на претравматические — предшествующие травме, перитравматические — сопровождающие травму и посттравматические, влияние которых сказывается после травмы [9].

К первым относят особенности характера, темперамента и связанных с ними социальных взаимодействий, например, высокий уровень тревожности или дезорганизованный тип привязанности в раннем периоде жизни, а также наличие предшествующего травматического опыта [1, 9]. К индивидуально-психологическим особенностям, ассоциированным с предрасположенностью к развитию ПТСР у детей и подростков, обычно относят нейротизм, интроверсию и преобладание негативной аффективности; наличие этих черт ассоциировано с высокой тревожностью, большей выраженностью и медленным угасанием негативных эмоциональных реакций [2, 5]. С другой стороны, такие личностные

свойства, как экстраверсия, высокий жизненный тонус, энергетический потенциал оказывают протективное действие [5]. Принимая во внимание, что при высокой негативной аффективности интеллект включается в процесс совладания со стрессом, лица с более высоким интеллектом эффективнее перерабатывают травматическую информацию, а при сочетании высокого нейротизма и низкого интеллекта стратегии совладания с травматическим стрессом оказываются менее эффективными [2]. Таким образом, на развитие и течение психических расстройств, связанных со стрессом, значимое влияние оказывают также интеллектуальные способности подростка, позволяющие осмыслить травматический опыт и интегрировать его в структуру личности [2, 49].

Важную роль играет наследственная предрасположенность к психической патологии [9]. К претравматическим факторам относят предшествующие психические расстройства (например, паническое расстройство, депрессивное расстройство, ПТСР и обсессивно-компульсивное расстройство), наличие которых значительно повышает риск развития ПТСР.

Факторы социальной среды, такие как микросоциальное окружение, дисфункциональная семья и отсутствие социальной поддержки, также являются предпосылками развития ПТСР [1, 5].

Как перитравматические факторы, в первую очередь, рассматриваются тип, тяжесть и длительность воздействия стрессора [9, 37]. Показано также, что чем реже данный тип ПТС встречается в популяции, тем выше вероятность развития ПТСР в ответ на него [51]. Это, вероятно, объясняется тем, что неожиданные события оказываются наиболее психотравмирующими вследствие неподготовленности к ним психики. В детско-подростковом возрасте наибольшая заболеваемость ПТСР регистрируется среди жертв сексуального насилия [51], а также среди детей и подростков, перенесших угрожающее жизни заболевание или тяжелую физическую травму [12]. Еще одним типом травмы, часто приводящим к развитию ПТСР у детей и подростков, является травма, нанесенная родителем или другим лицом, осуществляющим уход [9].

К посттравматическим факторам развития ПТСР обычно относят дизадаптивные копинг-стратегии, продолжающееся пребывание в травмирующей ситуации или соприкосновение с ситуациями, напоминающими о травматическом опыте.

Социальная среда, окружающая подростка, пережившего ПТС, во многом определяет прогноз развития ПТСР и дальнейшее его течение [1, 9]. Особую значимость имеет недостаток социальной поддержки, нестабильность/дисфункциональность семейной системы, неадекватные воспитательные подходы, исповедуемые родителями. Психологический стресс, психические расстройства и негативные индивидуально-психологические особенности родителей могут затруднять восстановление ребенка после травмы. Родительская депрессия, нередко являющаяся причиной непоследовательного, отстраненного и враждебного воспитания, обуславливает недостаток поддержки подростка после перенесенной ПТС. Исследование О.Б. Есиной [1] демонстрирует связь родительской алекситимии и тяжести течения ПТСР.

В анамнезе родителей подростков, страдающих ПТСР, часто обнаруживается травматизация, полученная в различные периоды жизни, и симптоматика связанных со стрессом расстройств, а для многих травмирующим моментом

оказывается травма их ребенка, что, в свою очередь, может повысить риск развития у него ПТСР. В исследовании D. Tutus et al. [48] 78,8% родителей и лиц, осуществляющих уход за детьми и подростками с ПТСР, сообщили о собственном потенциально травмирующем опыте. Примерно одна треть считала травму своего ребенка худшим событием в жизни, одна треть считала собственную травму худшим событием, а одна треть считала общую травму худшим событием [48]. В любом из этих сценариев лица, осуществляющие уход, могут испытывать серьезные проблемы психического здоровья, связанные с травмой, включая ПТСР и депрессию, при этом тяжесть симптоматики положительно коррелирует с тенденцией родителей негативно воспринимать аффекты и поведение своих детей [11, 31]. Следует отметить, что часто в ситуации, когда лица, осуществляющие уход, разделяют травму со своими детьми, тяжесть симптомов у них намного выше, чем у их детей [11].

Значимой группой факторов являются нейробиологические особенности пациентов, обуславливающие чрезмерную реакцию на стресс, развитие дистресса и формирование ПТСР. Понимание нейробиологии ПТСР важно и для преодоления кризиса в разработке новых лекарственных препаратов его терапии [6].

Возможно, наибольший прогресс в понимании нейробиологии ПТСР произошел в области нарушений регуляции страха. Было обнаружено, что ПТСР связано с нарушением подавления страха, генерализацией страха, склонностью к восприятию угрозы со стороны нейтральных стимулов и ощущением опасности в безопасной среде.

В процессе постнатального онтогенеза мозг подростка претерпевает значительные изменения, при этом темп созревания его различных областей существенно отличается. Так, префронтальная кора созревает намного медленнее, чем подкорковые структуры, поэтому у детей и подростков обнаруживается большая чувствительность миндалины при недостатке кортикального контроля за аффективными и когнитивными проявлениями ПТСР, что делает их более подверженными развитию данного заболевания [13].

Большинство исследователей приходит к ключевой роли перитравматических и посттравматических факторов в поддержании стойкого ПТСР у молодежи [8, 45]. Обнадешивает тот факт, что многие из наиболее важных поддерживающих факторов потенциально поддаются изменению [45]. В то же время следует отметить, что значительное число подростков, более 1/3, вообще не получает терапию [46]. По сравнению со взрослыми подростки не только более чувствительны к ПТС, но и менее склонны обращаться за помощью [32].

Среди методов терапии ПТСР у подростков наиболее тщательно изучены, а также обладают наиболее высоким уровнем доказательности и обоснованности психотерапевтические вмешательства, ориентированные на травму [40, 45]. К ним относятся травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия (ТФ-КПП) [14], когнитивно-поведенческая психотерапия с пролонгированной экспозицией [22] и когнитивная терапия ПТСР [34].

Эти вмешательства основаны на эмпирически подтвержденных теориях ПТСР и направлены на коррекцию одного или нескольких определяющих развитие и персистенцию симптоматики ПТСР факторов, упомянутых выше. Основные компоненты, различных форм вмешательства, ориентированного на

травму, в значительной степени совпадают, включая: психологическое просвещение по поводу ПТСР; формирование понимания обоснованности лечения; поведенческую активацию; тренировку релаксации; проработку травматических воспоминаний (воображаемое повторное переживание в безопасной терапевтической среде); когнитивную реструктуризацию и «обновление» памяти, а также формирование способности противостоять воздействию триггеров (людей, объектов или ситуаций, ассоциирующихся со стрессором) и напоминаний о травме. На практике различия между этими терапевтическими подходами заключаются в относительном весе, придаваемом конкретным аспектам вмешательства. Курс лечения, ориентированного на травму, включает в себя от 10 до 20 сессий, которые проводятся еженедельно, у подростков обычно индивидуально, но почти всегда с участием родителей или опекунов.

Результаты исследований показывают необходимость учитывать дистресс родителей при лечении педиатрического ПТСР. Включение в ТФ-КПТ родителей или лиц, осуществляющих уход, не совершавших травмирующих действий в отношении подростков, улучшает результаты терапии последних [11, 40]. Это может происходить за счет усиления поддержки подростка со стороны лиц, осуществляющих уход, и уменьшения дизадаптивных когнитивных построений этих лиц, связанных с травмой ребенка.

В ряде рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) вмешательства, ориентированные на травму, демонстрируют средний и значительный эффект в снижении выраженности симптомов ПТСР и сопутствующих состояний [45]. Эти эффекты являются устойчивыми, а рецидивы редки. Результаты применимы к детям и подросткам в возрасте от 8 до 18 лет, которые подверглись ПТС, включающих сексуальное насилие, физическое насилие и иные травмы, а также нападения и несчастные случаи.

Еще одним часто используемым у подростков с ПТСР терапевтическим вмешательством, эффективность которого считается доказанной, является десенсибилизация посредством движения глаз (ДПДГ), о чем свидетельствуют результаты не менее 7 РКИ применения ДПДГ у подростков, опубликованных к настоящему времени [45]. При краткосрочном лечении пациенты вспоминают травмирующее событие, одновременно участвуя в саккадических движениях глаз или других формах двойного внимания, таких как ритмичное постукивание [41]. Результаты 4 РКИ, в которых сравнивали ДПДГ и ТФ-КПТ, позволяют предположить, что эти вмешательства сопоставимы по эффективности. В то же время мета-анализ J.H. Lewey et al. [29] показал, что у подростков, прошедших курс ТФ-КПТ, наблюдается бóльшая выраженность редукции симптомов ПТСР. ТФ-КПТ используется чаще, при этом большинство специалистов рекомендует ДПДГ в терапии детей и подростков со стойким ПТСР, если они не участвуют в ТФ-КПТ или не реагируют на нее [29, 45].

В настоящее время существует мало доказательств в поддержку использования психофармакологических вмешательств при подростковом ПТСР. Следует отметить крайне небольшое количество РКИ, оценивающие эффективность психофармакотерапии (ПФТ) у детей и подростков с ПТСР в сравнении с РКИ, исследующими психотерапевтические интервенции (в исследовании N. Morina [35] соотношение таких исследований оказалось 2 к 39).

В то же время результаты обзоров и мета-анализов (в том числе и Кокрейновского) дают основание полагать, что СИОЗС (флуоксетин, пароксетин, сертралин) эффективны в отношении симптоматики ПТСР у взрослых, являясь препаратами первой линии фармакотерапии ПТСР, что основано на доказательствах средней степени достоверности, и могут рассматриваться как потенциальные монотерапевтические методы лечения. Большинство клинических рекомендаций (71%) также включает ингибитор обратного захвата серотонина-норадреналина венлафаксин в качестве варианта фармакологического лечения ПТСР первой линии [30, 50]. В большинстве руководств доказательность применения миртазапина и трициклических антидепрессантов, в первую очередь amitриптилина, считается ниже, а уровень побочных эффектов выше, чем СИОЗС и венлафаксина [4, 50].

Результаты открытых неконтролируемых исследований и ряд сообщений об отдельных случаях указывают на положительное влияние на симптомы ПТСР у детей и подростков антипсихотиков (рисперидона, кветиапина), стабилизаторов настроения, анксиолитических и антиадренергических средств. Учитывая ограничения дизайна и, как правило, небольшой размер выборок, к этим результатам следует относиться с осторожностью [45].

В то же время на практике не менее 10% подростков с ПТСР получают ПФТ и примерно треть из них принимает антипсихотики [46]. Как правило, ПФТ назначается при значительной тяжести ПТСР, затяжном течении и наличии коморбидной патологии. Очевидной становится потребность в повышении эффективности и расширении набора фармакологических средств лечения ПТСР. Последнее десятилетие проводятся попытки введения новых препаратов, основанные на патогенетически обоснованном выявлении новых свойств и показаний уже хорошо известных фармакологических субстанций. Хотя доказательная база во многих случаях представляется недостаточной, исследования этих препаратов представляют определенный интерес и их данные мы приводим ниже.

Ночные кошмары в структуре ПТСР часто оказываются устойчивы к лечению и ассоциируются с высоким суицидальным риском [44]. В их терапии используются атипичные нейролептики и антагонист альфа1-адренорецепторов празозин, снижающий активацию симпатoadреналовой системы путем блокирования адренергического рецептора, предотвращая эффекты норадреналина и адреналина. В результате празозин останавливает выработку организмом реакции «сражайся или беги». Многообещающие результаты первоначальных испытаний празозина привели к довольно широкому использованию препарата в терапии ПТСР, однако недавнее крупномасштабное исследование не показало эффективности празозина по сравнению с плацебо в снижении тяжести кошмаров [16]. Эффективность празозина в отношении лечения ночных кошмаров у подростков изучена недостаточно, но в нескольких описаниях случаев и исследованиях, проведенных ретроспективно, на небольших выборках и без плацебо контроля, получены данные об улучшении состояния больных и небольшом числе побочных эффектов [7, 21, 26].

Определенное внимание в литературе уделяется профилактике формирования ПТСР у лиц подвергшихся действию стрессогенных факторов [32]. Исследования биологии ПТСР демонстрируют его связь с повышенной активностью

стью симпатической нервной системы (СНС), что способствует консолидации и реконсолидации травматических воспоминаний и тем самым поддерживает развитие навязчивых (интрузивных) симптомов. По данным ряда исследований, у подростков повышенная активность СНС вскоре после травматического события, оцениваемая по частоте сердечных сокращений и уровням адреналина и норадреналина в моче, положительно коррелировала с последующим развитием ПТСР [38, 43]. Предполагается потенциальная полезность терапии адrenoблокаторами и, в частности, применение такого препарата, как пропранолол (анаприлин), относящегося к группе неселективных β -адrenoблокаторов, в предотвращении вредных последствий дистресса в молодом возрасте. Пропранолол уменьшал обучаемость страху у животных, однако данные о его влиянии на эмоциональную память у людей менее однозначны: по данным мета-анализа, у взрослых больных лечение пропранололом после травматического события не изменило частоту развития ПТСР, хотя физиологические реакции сгладились [16]. Единственное обнаруженное нами РКИ исследование использования пропранолола в детско-подростковой выборке не обнаружило значимых различий тяжести ПТСР у получавших и не получавших этот препарат пациентов [40].

Уже достаточно давно известно, что для лиц, сформировавших ПТСР, характерно снижение базальной секреции кортизола, необходимого для подавления консолидации и реконсолидации травматичных воспоминаний, а низкий перитравматический уровень этого гормона в моче является предиктором развития ПТСР у взрослых [18]. Мета-анализы и обзоры последних лет, основываясь на ряде плацебо-контролируемых исследований, приходят к выводу, что на сегодняшний день лечение гидрокортизоном при острых последствиях травмы является единственным фармакологическим средством вторичной профилактики ПТСР, имеющим доказательную базу (уровень доказательности 1, уровень убедительности А) и рекомендован WFSBP к применению у взрослых [10].

У детей и подростков имеет место принципиально иная ситуация: на сегодняшний день ни в одном исследовании не изучалась потенциальная эффективность экзогенного повышения уровня кортизола у травмированных детей/подростков, возможно, из-за того, что более высокие уровни кортизола вскоре после травмы в этой возрастной группе, в отличие от взрослых, были связаны с повышенным риском ПТСР [17, 25, 28].

Кетамин, антагонист глутаматных рецепторов N-метил-D-аспаратного типа, давно используемый для анестезии, в США недавно (в 2019 г.) был в интраназальной форме одобрен FDA для терапии резистентных депрессий у взрослых. Пилотное РКИ показало значимый эффект кетамина (внутривенное введение кетамина гидрохлорида в дозе 0,5 мг/кг) в быстрой редукации симптомов ПТСР после однократной инфузии по сравнению с плацебо [20]. Другие ретроспективные исследования или исследования клинических случаев подтвердили потенциальную полезность субанестезирующих доз кетамина в лечении ПТСР [6, 16]. Эффект кетамина объясняют блокадой NMDA-рецепторов к глутамату в миндалине, что приводит к уменьшению ее воздействия на префронтальную кору с повышением ингибирующих влияний последней в отношении миндалины [16]. Единственным к настоящему моменту остается описание случая успешного применения инъекции кетамина у ребенка с ПТСР с эпизодами тяжелой агрессии и эмоцио-

нальной дисрегуляции, которые не поддавались многочисленным фармакологическим и поведенческим вмешательствам [19]. Терапевтическая ценность кетамин для лечения психических расстройств у детей и подростков резко снижается значительными токсическими эффектами препарата.

Среди препаратов, потенциально эффективных у больных с ПТСР, следует еще отметить ифендоприл, являющийся блокатором NMDA- и $\alpha 1$ -адренорецепторов, стимулирующий нейропластичность и несущий нейропротективные функции. Предполагается, что по механизму, аналогичному эффекту празозина, ифендоприл ускоряет угасание условного рефлекса страха, потенциально может снижать возбудимость и устранять ночные кошмары. Единичное исследование, проведенное на выборке подростков 13-18 лет, продемонстрировало эффективность ифендоприла в отношении критерия С и диссоциативных симптомов ПТСР [42].

В завершение следует отметить: ПТСР оказывает крайне негативное влияние на жизнь и благополучие подростка, а позднее, если симптоматика не скорректирована, распространяет негативное влияние на период взрослости, повышая риск развития других психических расстройств, аддикций и суицидального поведения.

Необходимо повышение доступности психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи как для подростков с ПТСР, так и для их родителей. Важную роль могли бы сыграть программы информирования родителей и самих подростков о расстройствах, связанных со стрессом, их последствиях и методах терапии. Это могло бы повысить уровень защищенности детей даже в условиях воздействия сильных стрессогенных факторов.

Существенное значение имеет дальнейшее развитие методов оказания помощи детям и подросткам, страдающим ПТСР. Интерес представляют разработки эффективной психофармакотерапии, основанной на современных представлениях о патогенезе данного расстройства, и исследования профилей безопасности и эффективности у подростков препаратов, ранее одобренных к использованию для лечения ПТСР у взрослых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Есина О.Б. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики: дис... канд. мед. наук. Уральский государственный университет. Екатеринбург, 2017. 226 с.

2. Лочехина Л.И. Связь посттравматического стресса с интеллектом и смысло-ценностными ориентациями [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. № 5(13). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 27/01/2024).

3. Мартынихин И.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика и лечение / Образовательный центр Фармамед. РФ, 2003. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=1Prubw-Ax1o&t=253s&ab> (дата обращения: 04/04/2023).

4. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации по диагностике и лечению посттравматического стрессового расстройства. М.: 2023. 173 с.

5. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Теория и практика. М.: Институт психологии РАН, 2009. 304 с.

REFERECEC

1. Esina O.B. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo u detej: psikhosocialny`e faktory` formirovaniya, klinicheskie kharakteristiki i problemy` diagnostiki: dis... kand. med. nauk. Ural'skij gosudarstvenny`j universitet. Ekaterinburg, 2017. 226 s.
2. Lochekhina L.I. Svyaz` posttravmaticheskogo stressa s intellektom i smy`slochnostny`mi orientaciyami [E`lektronny`j resurs] // Psikhologicheskie issledovaniya: e`lektron. nauch. zhurn. 2010. # 5(13). URL: <http://psystudy.ru> (data obrashheniya: 27/01/2024).
3. Martyn`nikhin I.A. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: diagnostika i lechenie / Obrazovatel`ny`j cenztr Farmamed. RF, 2003. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=lPrubw-Ax1o&t=253s&ab> (data obrashheniya: 04/04/2023).
4. Rossijskoe obshhestvo psikhiatrov. Klinicheskie rekomendaczii po diagnostike i lecheniyu posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva. M.: 2023. 173 s.
5. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa. Teoriya i praktika. M.: Institut psikhologii RAN, 2009. 304 s.
6. Abdallah C.G, Averill L.A, Akiki T.J. The Neurobiology and Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2019; 59(6): 171-189. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010818-021701.
7. Akinsanya A., Marwaha R., Tampi R.R. et al. Prazosin in Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder Who Have Nightmares: A Systematic Review. J Clin Psychopharmacol. 2017; 37(1): 84-88. doi: 10.1097/JCP.0000000000000638.
8. Alisic E., Zalta A.K, van Wesel F. et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2014; 204: 335-340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.
10. Bandelow B., Allgulander C., Baldwin D.S. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2023 Feb;24(2):79-117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295.
11. Brown E.J., Cohen J.A., Mannarino AP. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: The role of caregivers. J Affect Disord. 2020; 277: 39-45. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.123.
12. Cabrera N., Moffitt G., Jairam R. et al. An intensive form of trauma focused cognitive behavior therapy in an acute adolescent inpatient unit: An uncontrolled open trial. Clin Child Psychol Psychiatry. 2020 Oct; 25(4): 790-800. doi: 10.1177/1359104520918641.
13. Cisler J.M., Herringa R.J. Posttraumatic Stress Disorder and the Developing Adolescent Brain. Biol Psychiatry. 2021; 89(2): 144-151. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.06.001.
14. Cohen J.A., Mannarino A.P. Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015;

24(3): 557-70. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.005.

15. Cronholm P.F, Forke C.M, Wade R. et al. Adverse childhood experiences. *Am J Prev Med.* 2015; 49: 354–361. doi: 10.1016/j.amepre.2015.02.001

16. Delahanty D.L., Nugent N.R., Christopher N.C. et al. Initial urinary epinephrine and cortisol levels predict acute PTSD symptoms in child trauma victims. *Psychoneuroendocrinology.* 2005; 30(2):121-128. doi: 10.1016/j.psyneuen.2004.06.004.

17. Delahanty DL, Raimonde AJ, Spoonster E. Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biol Psychiatry.* 2000; 48(9): 940-947. doi: 10.1016/s0006-3223(00)00896-9.

18. DePierro J., Lepow L., Feder A. et al. Translating Molecular and Neuroendocrine Findings in Posttraumatic Stress Disorder and Resilience to Novel Therapies. *Biol Psychiatry.* 2019; 86(6): 454-463. doi: 10.1016/j.biopsych.2019.07.009.

19. Donoghue A.C., Roback M.G., Cullen K.R. Remission from Behavioral Dysregulation in a Child with PTSD After Receiving Procedural Ketamine. *Pediatrics.* 2015; 136(3): 694-6. doi: 10.1542/peds.2014-4152.

20. Feder A., Parides M.K., Murrugh J.W. et al. Efficacy of intravenous ketamine for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014; 71(6): 681-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.62.

21. Ferrafiat V., Soleimani M., Chaumette B. et al. Use of Prazosin for Pediatric Post-Traumatic Stress Disorder with Nightmares and/or Sleep Disorder: Case Series of 18 Patients Prospectively Assessed. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 724. doi: 10.3389/fpsy.2020.00724.

22. Foa E.B., McLean C.P., Capaldi S. et al. Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2013; 310(24): 2650-2657. doi: 10.1001/jama.2013.282829.

23. Garza K., Jovanovic T. Impact of Gender on Child and Adolescent PTSD. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(11): 87. doi: 10.1007/s11920-017-0830-6. 9.

24. Hiller R.M., Meiser-Stedman R., Fearon P. et al. Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma – a meta-analytic study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016; 57(8): 884-98. doi: 10.1111/jcpp.12566.

25. Hruska B., Cullen P.K., Delahanty D.L. Pharmacological modulation of acute trauma memories to prevent PTSD: considerations from a developmental perspective. *Neurobiol Learn Mem.* 2014; 112: 122-9. doi: 10.1016/j.nlm.2014.02.001.

26. Hudson N., Burghart S., Reynoldson J. et al. Evaluation of low dose prazosin for PTSD-associated nightmares in children and adolescents. *Ment Health Clin.* 2021;11(2): 45-49. doi: 10.9740/mhc.2021.03.045.

27. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems - 10-th revision. Volume 1. Fifth edition WHO, 2016 – 1075 p.

28. Kolaitis G., Giannakopoulos G., Liakopoulou M. et al. Predicting pediatric posttraumatic stress disorder after road traffic accidents: the role of parental psychopathology. *J Trauma Stress.* 2011; 24(4): 414-421. doi: 10.1002/jts.20667.

29. Lewey J.H., Smith C.L., Burcham B., et al. Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis. *J Child Adolesc*

Trauma. 2018; 11(4): 457-472. doi: 10.1007/s40653-018-0212-1.

30. Martin A., Naunton M., Kosari S., Peterson G., Thomas J., Christenson J.K. Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2021; 10(18): 4175. doi: 10.3390/jcm10184175.

31. Maccani M.A., Delahanty D.L, Nugent N.R. et al. Pharmacological secondary prevention of PTSD in youth: challenges and opportunities for advancement. *J Trauma Stress.* 2012; 25(5): 543-50. doi: 10.1002/jts.21731.

32. Martin C.G., Kim H.K., Freyd J.J. Overwhelmed by Emotion: Pathways from Revictimization to Mothers' Negative Emotional Responsivity. *Fam Process.* 2018; 57(4): 947-959. doi: 10.1111/famp.12339.

33. McLaughlin K.A., Koenen K.C., Hill E.D. et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013; 52(8): 815-830.e14. doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.011.

34. Meiser-Stedman R., Smith P., McKinnon A. et al. Cognitive therapy as an early treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a randomized controlled trial addressing preliminary efficacy and mechanisms of action. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017; 58(5): 623-633. doi: 10.1111/jcpp.12673.

35. Merikangas K.R., He J.P., Burstein M. et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010; 49(10): 980-9. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.

36. Morina N., Koerssen R., Pollet T.V. Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clin Psychol Rev.* 2016; 47: 41-54. doi: 10.1016/j.cpr.2016.05.006.

37. Nisar S., Bhat A.A., Hashem S. et al. Genetic and Neuroimaging Approaches to Understanding Post-Traumatic Stress Disorder. *Int J Mol Sci.* 2020; 21(12): 4503. doi: 10.3390/ijms21124503.

38. Nugent N.R., Christopher N.C., Delahanty D.L. Emergency medical service and in-hospital vital signs as predictors of subsequent PTSD symptom severity in pediatric injury patients. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006; 47(9): 919-926. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01648.x.

39. Rosenberg L., Rosenberg M., Sharp S. et al. Does Acute Propranolol Treatment Prevent Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression in Children with Burns? *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2018; 28(2): 117-123. doi: 10.1089/cap.2017.0073.

40. Rossouw J., Sharp T., Halligan S. et al. Psychotherapeutic interventions for childhood posttraumatic stress disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry.* 2022; 35(6): 417-424. doi: 10.1097/YCO.0000000000000821.

41. Sasaki T., Hashimoto K., Niitsu T. et al. Ifenprodil tartrate treatment of adolescents with post-traumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Psychiatry Res.* 2022; 311: 114486. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114486

42. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press. 2017 – 568 p.

43. Sjöström N., Wærn M., Hetta J. Nightmares and Sleep Disturbances in Relation to Suicidality in Suicide Attempters. *Sleep.* 2007; 30(1): 91–95, <https://doi.org/10.1093/sleep/30.1.91>

44. Skelly M.J., Chappell A.E., Carter E. et al. Adolescent social isolation increases anxiety-like behavior and ethanol intake and impairs fear extinction in adulthood: Possible role of disrupted noradrenergic signaling. *Neuropharmacology*. 2015; 97: 149-59. doi: 10.1016/j.neuropharm.2015.05.025.

45. Smith P., Dalgleish T., Meiser-Stedman R. Practitioner Review: Posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60(5): 500-515.

46. Soria-Saucedo R., Chung J. H., Walter H. et al. Factors That Predict the Use of Psychotropics Among Children and Adolescents With PTSD: Evidence From Private Insurance Claims. *Psychiatr Serv*. 2018; 69(9): 1007-1014. doi: 10.1176/appi.ps.201700167

47. Tedeschi F.K., Billick S.B.. Pediatric PTSD: Clinical, Forensic, and Diagnostic Understanding. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2017; 45(2):161-169. PMID: 28619855.

48. Tutus D., Goldbeck L. Posttraumatic symptoms and cognitions in parents of children and adolescents with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 25(9): 997-1005. doi: 10.1007/s00787-016-0821-x.

49. Williams C.M., Peyre H., Labouret G. et al. High intelligence is not associated with a greater propensity for mental health disorders. *Eur Psychiatry*. 2022; 66(1): 1-27. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2343.

50. Williams T., Phillips N.J., Stein D.J. et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022; 3(3): CD002795. doi: 10.1002/14651858.CD002795.pub3.

51. Yehuda R., Hoge C.W., McFarlane A.C. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015; 1: 150-157. doi: 10.1038/nrdp.2015.57

V.V. Grachev¹, A.Yu. Alexandrova²

PATHOGENETIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN ADOLESCENCE (ANALYTICAL REVIEW)

¹Psychotherapy Center «Medikas», ²Moscow State University named after M.V. Lomonosov (Moscow).

Summary. The purpose of the review was to summarize and analyze current data on the etiological and pathogenetic mechanisms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in adolescents and to consider existing and promising pathogenetically based therapeutic approaches. The article does not attempt to provide a comprehensive or systematic review of research conducted over the past decades on the topic of PTSD in adolescents, but primarily addresses selected aspects that may be of most interest to practitioners.

Keywords: post-traumatic stress disorder, adolescents, trauma-focused therapy, eye movement desensitization and reprocessing, ketamine, prazosin, ifendopril, adrenergic antagonist.

НЕКРОЛОГ

ЕЛЕНА АЛЕКСЕЕВНА ШАПОВАЛ

(26 декабря 1944 года – 30 января 2024 года)



30 января 2024 г. после тяжелой продолжительной болезни скончалась Шаповал Елена Алексеевна, детский психоневролог, психотерапевт, врач, много лет проработавшая в отделении по лечению неврозов у детей г. Санкт-Петербурга/Ленинграда.

Елена Алексеевна Шаповал – один из ведущих и бессменных специалистов легендарного отделения по лечению неврозов у детей, организованного в середине 70-х годов по решению Главного управления здравоохранением г. Ленинграда на базе детской поликлиники № 26, получившего широкую известность во всей стране, возглавляемого ведущим отечественным детским неврологом В.И. Гарбузовым.

Информация, содержащая в данном некрологе, важна для понимания целой эпохи развития отечественной детской психиатрии, а именно детской неврологии, во многом сложившейся на базе этого отделения.

Начиная с середины 70-х годов и в течение длительного времени вся профессиональная деятельность и жизнь Елены Алексеевны происходила в тесном сотрудничестве с известными представителями отечественной детской психотерапии и неврологии, видными детскими психиатрами и психоневрологами В.И. Гарбузовым, А.И. Захаровым, А.А. Щеголевым и многими др. Она была непосредственным участником формирующегося нового оригинального направления детской психиатрии (психоневрологии) и, более того, свидетелем той

уникальной творческой профессиональной атмосферы, созданной его основоположниками и длительное время определявшими пути развития этого направления медицины.

С момента основания отделения его идейными вдохновителями и консультантами были С.С. Мнухин и Д.Н. Исаев. В тот же период времени на базе отделения по лечению неврозов у детей трудились известные психологи, такие как автор русскоязычной адаптации теста Векслера А.Ю. Панасюк и один из первых отечественных психологов, занимавшихся проблемами психосексуального развития И.И. Лунин. В отделении начинал свою профессиональную карьеру В.Е. Каган. Материалы его практической работы того периода легли в основу широко известной в стране монографии, посвященной аутизму у детей.

Долгие годы Елена Алексеевна была коллегой и надежной опорой заведующего отделением по лечению неврозов у детей В.И. Гарбузова. В практической работе Е.А. Шаповал опиралась на широкую клиническую эрудицию и фундаментальные педиатрические знания. Глубоко впитав в себя научные взгляды основателя ленинградской школы детской психиатрии С.С. Мнухина, Елена Алексеевна сохранила преданность им в течение всей жизни. До последних дней жизни у нее под рукой лежали конспекты мнухинских лекций. В своей клинической практике она делала упор на индивидуальный подход к больному, принимая во внимание все обстоятельства, происходящие в жизни больного ребенка. Она никогда не отрывалась от материальной основы заболевания, комплексно и целостно решая проблемы психического, неврологического и соматического здоровья. В ее назначениях всегда присутствовали советы по лечению и коррекции остаточных проявлений органического заболевания головного мозга, гиповитаминоза, аллергических заболеваний, то есть всего того, что реально сопутствует детскому неврозу, а в ряде случаев составляет его материальную основу.

Еще в юности, выбирая будущее направление своей медицинской специальности, Е.А. Шаповал отдала предпочтение педиатрии. Будучи дочерью известного в стране невролога, исследователя нейроинфекций, профессора Военно-медицинской академии А.Н. Шаповала, с детства видя пример беззаветного служения науке и медицине, Елена Алексеевна приняла самостоятельное обдуманное решение – быть детским врачом. В период обучения в 1963-69 гг. в Ленинградском педиатрическом медицинском институте она проводила научно-исследовательскую работу по моделированию атеросклероза под руководством зав. кафедрой патологической физиологии и ректора ЛПМИ Н.Т. Шутовой. Опыт студенческой науки в дальнейшем сказался на выборе собственной научной темы, которая была посвящена генетическим исследованиям при нервных болезнях у детей и проводилась под руководством известного детского невролога академика Е.Ф. Давиденковой. Набрав большой клинический материал и сдав на отлично кандидатский минимум, Елена Алексеевна была вынуждена прервать научную карьеру в связи с замужеством и рождением детей.

Этот жизненный поворот привнес много неожиданно нового и интересного в ее профессиональную карьеру и мировосприятие, поскольку после выхода из

отпуска по уходу за ребенком она была вынуждена работать практическим специалистом. Будучи поначалу педиатром 26 детской поликлиники Выборгского района г. Ленинграда, она как творческий профессионал быстро была замечена руководством учреждения и приглашена в штат только что созданного отделения по лечению неврозов у детей, в котором и прошли ее наиболее яркие годы.

В конце 80-х, на стыке эпох в отделении по лечению неврозов у детей произошли перемены. В.И. Гарбузов передал бразды правления опытному врачу, всесторонне одаренной и мудрой женщине Э.П. Кузнецовой, сохранившей добрые традиции отделения. К этому времени изменился и научный состав, активную исследовательскую работу по изучению функционального состояния нервной системы при невротических расстройствах вел Ю.А. Фесенко.

Об уникальном опыте помощи детям, страдающим неврозами, к тому времени уже знали многие детские психиатры Санкт-Петербурга и страны. Вероятно, это обстоятельство послужило основой для передачи отделения созданному в 90-х годах Центру восстановительного лечения «Детская психиатрия». Пережив все административные перипетии и положительно восприняв все структурные новации, Елена Алексеевна продолжала активную врачебную деятельность под новым началом. Произошедшие административные изменения способствовали появлению новых научных контактов и направлений развития. Консультантом отделения стал зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Последипломной медицинской академии, выдающийся ученый и широко известный в стране психотерапевт Э.Г. Эйдемиллер.

Тесные профессиональные контакты с Эдмондом Георгиевичем и его близкими учениками и последователями – Н.В. Александровой, С.А. Кулаковым и многими др. помогли широко использовать методы семейной психотерапии детских неврозов, фактически поставив всю практическую работу отделения на «семейные рельсы». Память о лекциях и разборах Эдмонда Георгиевича Елена Алексеевна впоследствии сохранила на долгие годы. Нину Викторовну она всегда считала своим близким другом и единомышленником.

Богатейший опыт, полученный Еленой Алексеевной в течение всей жизни и профессиональной карьеры, заставлял обращаться к ней и как к педагогу. Она десятки раз выступала с лекциями для коллег и родителей, освещая на высоком профессиональном уровне наиболее актуальные вопросы психического здоровья детей и их семей.

С уходом из жизни Елены Алексеевны Шаповал, известного в городе и стране детского психоневролога, психотерапевта, хочется еще раз вспомнить о традициях отечественной детской неврологии, существовавшей у нас в течение многих десятилетий и определявшей мировоззрение детских психиатров и практические подходы к лечению пациентов.

Коллеги и друзья

**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 04.03.2024 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