

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2026 (26), № 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

Сайт журнала: psychildhealth-ru.ru

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

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2026

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

Редакционная коллегия:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ	4
ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ	
С.О. Кузнецова, С.Е. Строгова ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОЖНОСТИ И КРЕАТИВНОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ.....	7
Д.В. Машкова МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И СОЦИОМЕТРИЧЕСКИЙ СТАТУС УЧАСТНИКОВ БУЛЛИНГА В КОЛЛЕДЖЕ (СПО).....	17
Ю.В. Андриюшенко ПЕРФЕКЦИОНИЗМ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ НЕВРОЗА У ПОДРОСТКОВ.....	28
Ю.А. Пичугина, И.В. Забигулина, М.А. Березовская, О.С. Юков, Т.В. Коробицина, Д.П. Армутова, Н.А. Афанасьева РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА ПЕРИОД 2019-2024 ГОДОВ: АНАЛИЗ ОФИЦИАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ТЕНДЕНЦИЙ....	37
П.В. Гришель, Н.С. Лыкова, Е.Е. Антонова ОСОБЕННОСТИ СТРЕССА И РЕФЛЕКСИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	45
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
А.А. Мухаметшина, В.Д. Менделевич, А.Г. Жидяевский, Р.Г. Гиниятуллина, Р.Ф. Хакимуллина «ИСКУССТВЕННЫЙ ДРУГ»: ГДЕ ПРОХОДИТ ГРАНЬ МЕЖДУ ПОДДЕРЖКОЙ ПАЦИЕНТА И ОПАСНЫМ ВЛИЯНИЕМ НА НЕГО?.....	56
Н.В. Александрова ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ: ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	66
Н.А. Шмойлова ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОГРЕССИВНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	76
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
А.А. Бебенин, С.В. Гречаный ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (КРАТКИЙ ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР).....	84
И.Д. Горнушенков, А.А. Коваль-Зайцев, А.Н. Бархатова, Г.А. Попова, Ю.А. Чайка ДЕТИ-СВИДЕТЕЛИ И УЧАСТНИКИ КИБЕРВОЙНЫ: ОПОСРЕДОВАННАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ ЧЕРЕЗ СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ И ЦИФРОВЫЕ МЕДИА В УСЛОВИЯХ ГИБРИДНЫХ КОНФЛИКТОВ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ).....	93
А.А. Ощепков ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЛИЧНОСТИ НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ СКЛОННОСТИ К АГРЕССИВНОМУ И АУТОАГРЕССИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕЗАПНЫХ НАПАДЕНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА СВОИХ СВЕРСТНИКОВ И УЧИТЕЛЕЙ В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ (ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ).....	103
В.М. Ганузин, Г.С. Маскова ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР).....	110
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	124

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

S.O. Kuznetsova, S.E. Strogova

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND CREATIVITY
IN PRESCHOOLERS..... 7

D.V. Mashkova

INTERPERSONAL RELATIONS AND SOCIOMETRIC STATUS OF BULLYING
PARTICIPANTS IN SECONDARY VOCATIONAL EDUCATION..... 17

Yu.V. Andryushchenko

PERFECTIONISM AS A COMPONENT OF NEUROSIS IN ADOLESCENTS..... 28

Y.A. Pichugina, I.V. Zabigulina, M.A. Berezovskaya, O.S. Yukov, T.V. Korobitsina,

D.P. Armutova, N. A. Afanasieva

PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE KRASNOYARSK TERRITORY
FOR THE PERIOD 2019-2024: ANALYSIS OF OFFICIAL DATA AND TRENDS..... 37

P.V. Grishhel', N.S. Lykova, E.E. Antonova

EXPLORING THE CHARACTERISTICS OF STRESS AND REFLECTIVE FUNCTIONING
AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS
AND DISABILITIES..... 45

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

**A.A. Mukhametshina, V.D. Mendelevich, A.G. Zhidyaevskyj, R.G. Giniyatullina, R.F. Kha-
kimullina**

«ARTIFICIAL FRIEND»: WHERE IS THE LINE BETWEEN SUPPORTING A PATIENT
AND DANGEROUSLY INFLUENCING THEM?..... 56

N.V. Aleksandrova

AN ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MODEL OF INTERDISCIPLINARY SUPPORT
FOR ADOLESCENTS IN CRISIS: EXPERIENCE OF A MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL
CARE ROOM..... 66

N.A. Shmoilova

VALUE ATTITUDE TO HEALTH AS AN INDICATOR OF PROGRESSIVE PERSONAL
DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE..... 76

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATERIALS

A.A. Bebenin, S.V. Grechany

TREATMENT OF INORGANIC ENCOPRESIS IN CHILDHOOD (BRIEF LITERATURE
REVIEW)..... 84

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

CHILDREN AS WITNESSES AND PARTICIPANTS IN CYBERWARFARE: MEDIATED
TRAUMATIZATION THROUGH SOCIAL NETWORKS AND DIGITAL MEDIA
IN THE CONTEXT OF HYBRID CONFLICTS (REVIEW OF FOREIGN LITERATURE)..... 93

A.A. Oshchepkov

THE INFLUENCE OF PERSONAL RESILIENCE ON REDUCING THE LEVEL
OF TENDENCY TO AGGRESSIVE AND AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR
IN THE CONTEXT OF THE PROBLEM OF SUDDEN ATTACKS BY STUDENTS
ON THEIR PEERS AND TEACHERS WITHIN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT
(THEORETICAL BASIS OF THE STUDY)..... 103

V.M. Ganuzin, G.S. Maskova

PSYCHOTRAUMATIC FACTORS IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT
AS PREDICTORS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS (REVIEW)..... 110

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 124

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии факультета клинической и специальной психологии МГППУ. Автор более 160 научных публикаций в области нарушения слепоглухих, клинимо-психолого-педагогического изучения детей с комплексными нарушениями развития, в том числе глав в учебниках «Специальная дошкольная педагогика», «Основы специальной психологии», «Специальная психология» и «Психолого-педагогическая диагностика», «Тифлосурдопедагогика». Автор книги «История обучения слепоглухих детей в России», переведенной на английский и японский языки.

МАРИНА ЮРЬЕВНА ГОРОДНОВА, доктор медицинских наук, доцент, автор более 180 научных работ, в том числе (соредактор и соавтор) учебника «Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология, (соавтор) национального руководства «Психотерапия», (соавтор) «Практикум по семейной психотерапии», «Семейный диагноз и семейная психотерапия», «Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе», учебника (соавтор) «Возрастная психология и психотерапия». Сертифицированный практикующий гештальт-терапевт, супервизор. Автор бифокальной модели краткосрочной семейно-групповой психотерапии, модели «Обучающей супервизии». Сфера научных и практических интересов: аддиктология, психология болезни и инвалидности, теория поля в медицинской психологии и психотерапии, гештальт-терапия, групповая и семейная психотерапия, супервизия.

ИРИНА АЛЕКСЕЕВНА ГОРЬКОВАЯ, профессор, доктор психологических наук, заведующая кафедрой психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Член редколлегий журналов «Медицинская психология в России», «Педиатр». Автор более 200 научных работ. Сфера научных интересов: психологические особенности подростков с девиантным поведением, суицидальное поведение у подростков, судебно-психологическая экспертиза.

ИГОРЬ ВАЛЕРИЕВИЧ ДОБРЯКОВ, кандидат медицинских наук; доцент, психиатр высшей категории; психолог EuroPsy; сертифицированный психотерапевт, сексолог; старший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», профессор кафедры детской и подростковой клинической психологии Московского института психоанализа, сопредседатель секции перинатальной психологии Российского Психологического Общества; официальный супервизор Российской Психотерапевтической Ассоциации; член координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества. Автор более 300 научных публикаций, в том числе монографий: «Семейный диагноз и семейная психотерапия» (соавтор), «Перинатальная психология», «Ka Radit Laimigu Bernu»; «Ташкилварасониданиёриипсихолог дари минтакаихолатифавкулода» (соавтор), «Перинатальные утраты» (соавтор), «Влечения детей и подростков: становление, проявления, отклонения» (соавтор), справочника «Детская и подростковая психиатрия и психотерапия» (соавтор); методических рекомендаций «Стрессовые расстройства у детей и подростков», «Первичная, вторичная и третичная профилактика аборт», автор глав в коллективных монографиях, в учебно-методических пособиях, в учебниках «Детская психиатрия», «Психология здоровья» и др.

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА ЗВЕРЕВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития МГППУ, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья, аккредитованный медицинский психолог, член редколлегий журналов «Медицинская психология в России», «Клиническая и специальная психология», «Психолого-педагогические исследования». **Заместитель президента АДПП**. Круг научных интересов связан с клинической психологией, проблемами дизонтогенеза и аномального развития, дифференциальной диагностики в клинической психологии, возрастных аспектов психологической диагностики. Автор более 200 научных публикаций, в их числе редактор (по психологии) «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста», учебного пособия «Патопсихология детского и юношеского возраста» (соавтор), хрестоматии по Методам нейропсихологической диагностики, учебника «Клиническая психология детей и подростков» (соавтор), соавтор монографии «Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра», учебника «Игра ребенка раннего и дошкольного возраста», редактор-составитель монографий по медицинской (клинической) психологии, автор, соавтор и редактор методи-

ческих рекомендаций по клинко-психологической диагностике детей и подростков. Лауреат премии «Раненый целитель», неоднократный лауреат конкурса Золотая психея,

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского национального медицинского исследовательского университета им. Н.И. Пирогова, приглашенный профессор Института психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М.Танка. Член Ассоциации Европейских психиатров, Европейского коллегия нейропсихофармакологии (ЕСNP) и Московской психотерапевтической академии. Автор более 500 статей, учебных пособий и монографий: Клиническая психотерапия детей и подростков; Общая психотерапия; Антенатальное облучение: нейропсихиатрические аспекты; Расстройства поведения у подростков; Клиника и психология девиантного поведения; Стресс и стресс-зависимые заболевания и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства, включая аддиктивное и суицидальное поведение у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейропсихиатрические аспекты антенатального облучения.

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, профессор, доктор медицинских наук, профессор МГППУ, член Правления АДПП. Автор более 300 научных статей и монографий в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования, автор (в соавторстве) монографии «Детская социальная психиатрия для непсихиатров», учебного пособия «Междисциплинарный консилиум в службе психического здоровья детей и подростков», «Депрессии у детей и подростков». Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

НАТАЛЬЯ КАПИТОНОВНА КИРИЛИНА, кандидат медицинских наук, член Правления АДПП. Автор нескольких статей и соавтор монографий «Элективный мутизм. Красноречивое молчание. Клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция» и «Избирательная немота - элективный мутизм (клиника, диагностика, терапия, психол. коррекция)». Основные сферы интересов: селективный мутизм, психотерапия детей и подростков - когнитивно-поведенческая терапия, схема-терапия, недирективная игровая терапия, игровая терапия по методу Вайолет Оклендер, психотерапия депрессивных и тревожных расстройств у детей и подростков.

ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА КУПРИЯНОВА, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения детской и подростковой психиатрии Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского». Автор и соавтор более 150 научных работ, в том числе глав в научных руководствах. Основные направления исследований - СДВГ, расстройства аутистического спектра, умственная отсталость, расстройства шизофренического спектра у детей и подростков

ЮЛИЯ ЕВГЕНЬЕВНА КУРТАНОВА, кандидат психологических наук, зав. кафедрой специальной психологии и реабилитологии МГППУ. Автор более 70 публикаций. Научный редактор и соавтор методических рекомендаций «Психологическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении». Основные направления исследований и деятельности: особенности психологического развития детей с хроническими соматическими заболеваниями, пути помощи. Разработчик и руководитель магистерской программы «Психолого-педагогическое сопровождение детей с хроническими соматическими заболеваниями». Создатель курса повышения квалификации «Психологическая реабилитация лиц с хроническими соматическими заболеваниями». Круг интересов: психологическая реабилитация детей с различными соматическими заболеваниями, психологическая диагностика, разработка и реализация коррекционных программ в работе с детьми, находящимися на длительном лечении.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, пред-

седатель Секции детской психиатрии Российского общества психиатров. Автор и соавтор более 250 научных и учебных работ в области детско-подростковой психиатрии и общей психопатологии. Сфера научных интересов: состояния когнитивного дефицита у детей: регрессивные и осложненные формы.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья, шеф-редактор журнала «Неврологический вестник» (Scopus). Автор более 850 научных публикаций, 84 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия», «Аддитивное влечение» и др. Автор антиципационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬЕВНА НИКИТИНА, доктор педагогических наук, профессор, Почётный работник сферы молодежной политики, член Союза писателей России. Член редколлегии журнала «Литературные знакомства». Автор более 150 научных публикаций, в их числе научные монографии, учебник для вузов «Социальная педагогика», методические пособия и материалы, статьи в ведущих журналах по актуальным вопросам истории, теории, практики и профессионального обучения в области социальной работы и социальной педагогики, воспитания и развития детских и молодежных общественных объединений.

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, президент АДПП. Автор более 250 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства и пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ ШЕВЧЕНКО, доктор медицинских наук, профессор, почетный зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, член Правления АДПП, член Президиума Российского общества психиатров, член редколлегии журналов «Социальная и клиническая психиатрия», "Психотерапия" и др. Редактор, автор и соавтор книг: Детская и подростковая психиатрия (клинические лекции для профессионалов); Психокоррекция: теория и практика; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей; Лечение детей с психосоматическими расстройствами; Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков; Элективный мутизм (красноречивое молчание); Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология; Радостное взросление (личностный рост ребенка), Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) и др. Основные направления исследований: пограничная психиатрия детско-подросткового возраста, психотерапия детей и подростков, организация психиатрической помощи детям и подросткам.

АННА МИХАЙЛОВНА ЩЕРБАКОВА, кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии МГППУ. Автор более 100 публикаций, в том числе программно-методических сборников, рекомендованных ФЭС МО РФ. Научный редактор и соавтор монографического сборника «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». Основные направления исследований и деятельности: психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья, арт-методы в комплексной реабилитации. Разработчик и преподаватель программы профессиональной переподготовки «Арт-методы в комплексной реабилитации». Член редколлегии журнала «Клиническая и специальная психология». Круг интересов: психология жизнедеятельности; арт-педагогика и арт-терапия; экзистенциальный анализ и логотерапия.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

ТРЕВОЖНОСТИ И КРЕАТИВНОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Институт общественных наук РАНХиГС (Москва).

Резюме. В данной статье представлены результаты эмпирического исследования, посвященного анализу связи уровня тревожности и показателей креативности у детей дошкольного возраста. Выборку исследования составили 56 человек (28 мальчиков и 28 девочек) в возрасте от 4 до 7 лет. Используются методы тестирования, опроса. Применялись методики: сокращенный вариант теста креативности Торренса, тест тревожности «Выбери нужное лицо», шкала тревожности Сирса. статистически значимых корреляций между уровнем тревожности и показателями шкал креативности у исследуемых дошкольников не выявлено. Исследуемая группа показала весьма низкие показатели креативности.

Ключевые слова: дошкольники, креативность, тревожность, тест креативности Торренса, дошкольный возраст.

В клинической и психологической практике проблема тревожности и социальной адаптации детей дошкольного возраста является достаточно распространенной. В современных психологических работах отмечается, что тревожность у дошкольников сигнализирует о неблагоприятном эмоциональном состоянии ребенка [1, 13, 15]. Такое состояние зачастую вызвано неудовлетворенными потребностями (например, в безопасности или физиологической потребностью). Важно отметить, что, с одной стороны, дети могут не видеть очевидных для взрослых опасностей из-за недостатка жизненного опыта, с другой же - могут испытывать тревогу без видимых на то причин. Тревога, в отличие от страха, не имеет объекта, это ощущение, что что-то не так, постоянная неуверенность в себе, недоверие к миру вокруг.

Неблагоприятное эмоциональное состояние, переживаемое ребенком в результате высокого уровня тревожности, снижает его продуктивность, ведет к психологическим проблемам и трудностям социализации. Психологические и физические ресурсы ребенка расходуются на то, чтобы подавлять страхи, которые в состоянии тревожности могут появиться откуда угодно. Длительное состояние тревожности может привести к невротическим и психическим расстройствам. Помимо этого, у ребенка нарушаются взаимоотношения с окружающими (родителями, родственниками, сверстниками, воспитателями и т. д.) [18].

Дошкольный возраст представляет собой уникальный период развития личности и в психологии развития ему уделяется особое внимание. А.Н. Леонтьев определяет детство как «период первоначального фактического склада личности, период развития личностных «механизмов» поведения. В до-

школьные годы развития ребенка завязываются первые узлы, устанавливаются первые связи и отношения, которые образуют новое, высшее единство деятельности и вместе с тем новое, высшее единство субъекта – единство личности. Именно потому, что период дошкольного детства есть период такого фактического складывания психологических механизмов личности, он так важен» [7].

Формирование личности ребенка в дошкольном возрасте происходит в контексте социальной ситуации развития [3]. В качестве основных новообразований дошкольного возраста можно отметить: 1) возникновение первого и крайне поверхностного мировоззрения ребенка (ребенок пытается систематизировать все, что он видит, уложить в свою картину мира); 2) возникновение моральных оценок, определяющих отношение ребенка к людям вокруг; 3) появление новых мотивов поступков и действий (мотивов сотрудничества, мотивов долга или соревнования); 4) формирование произвольного поведения; 5) возникновение личного сознания (ребенок соотносит себя со взрослым, в его мире выстраивается определенная система взаимоотношений со взрослыми людьми) [12, 19].

Однако, следует отметить, что психологи стали фиксировать некоторые особенности современных детей. Одна из таких особенностей – это снижение креативности. Феномен снижения креативности детей стал заметен в конце XX века. Казалось бы, в сегодняшнем инновационном мире первое, что нужно для успешного становления личности, это креативность. Но она парадоксально снижается. Интеллектуальные задачи прошлого века не решаются так, как решались раньше. Преподаватель педагогики в Колледже Уильяма и Мэри (США) Н.К. Куунг провела анализ результатов тестов детей за весь период существования Теста Креативности Мышления Торренса [21]. Креативность американских детей с 60-х годов прошлого века уверенно росла, затем стабилизировалась к 1984–1990 гг., а дальше началось статистически значимое падение [20].

Креативность в психологической литературе определяется как умение человека мыслить оригинально и нестандартно, отклоняться от привычных рамок и шаблонов. Интуитивно можно понять, что креативность способствует творчеству, более того, является основополагающим критерием для него. Однако, как ни удивительно, ряд исследований показал, что креативность имеет свое влияние и на умственное развитие личности [5, 10].

Из исследований выдающихся психологов видно, что воображение помогает не просто мыслить неординарно, но и лучше усваивать новые знания. Более того, исследования показали, что креативность помогает преобразовать уже имеющиеся у человека знания [16]. В современном мире большой упор делается на когнитивное и интеллектуальное развитие.

Креативность Э.П. Торренс определял как некий процесс, в котором проявляется чувствительность к недостатку или дисгармонии в существующих знаниях, затем эта проблема определяется, после чего человек ищет решение. Креативность – это процесс, позволяющий выделить структуру, понять, что этот процесс стимулирует, и оценить его успешность или неуспешность [8]. Э.П. Торренс считает, что факторами креативности являются: оригинальность (насколько предложенное решение отличается от ранее предложенных), гибкость

(сколькими разными способами можно решить проблему) и производительность (насколько много решений человек может предложить) [4].

Если же говорить о проблеме нашего исследования, то на сегодняшний день в психологической науке мнения ученых относительно взаимосвязи креативности и тревожности у дошкольников весьма противоречивы. Одни авторы утверждают, что высокая тревожность характерна для креативных детей [6], другие же уверены, что тревожность мешает развитию креативности [8]. С третьей же стороны есть авторы, которые уверены, что развитие креативности способно корректировать уровень тревожности [2]. Согласно исследованиям А.М. Прихожан [14], большинство высоко тревожных детей обладает высоким уровнем интеллекта и успешнее справляется с трудными заданиями, чем их менее тревожные сверстники. В.С. Мерлин же был уверен, что «благодаря тревожности становятся все более возбудимыми и все более сильными мотивы, связанные с эмоциями (страх наказания, неудачи, порицания и т. д.). Поэтому высоко-тревожные дети при выполнении задания в большей мере склонны руководствоваться возможной оценкой своей личности (ориентировкой на «Я»), а низко-тревожные ориентированы на результат» [9]. Н.В. Никоненко пишет: «Изучив особенности креативных и тревожных детей, мы считаем, что они имеют ряд общих оснований, но в то же время данные основания (воображение, стремление к совершенству, поисковая активность) у креативных и тревожных детей проявляются по-разному. Например, как у креативных, так и у тревожных детей богатое воображение, но у одних оно основано на элементе реальности, у других фантазии оторваны от реальности. И у одних, и у других преобладает стремление к совершенству. Тревожные дети, как и креативные, могут проявлять поисковую активность, но она у них имеет приспособительный характер» [11].

Таким образом, взаимосвязь тревожности и креативности и по сей день является нерешенным вопросом в психологии. В научном сообществе существует большое количество противоречий на этот счет. Непонятно, мешает ли тревожность развитию креативности у дошкольников? В каком возрасте тревожность влияет больше, меньше, влияет ли вообще на креативность? Основываясь на имеющихся психологических исследованиях, можно выделить два мнения. С одной стороны, считается, что у более креативных детей больше преувеличенных страхов, ярко выражена тревога из-за того, что у них развитое воображение и они могут придумать большое количество «монстров под кроватью» и вариантов развития событий [6]. С другой же стороны, ряд исследователей считает, что наличие тревожности снижает скорость развития креативности [8], то есть имеется отрицательная взаимосвязь между этими феноменами, высокая тревожность негативно сказывается на развитии креативности.

Цель нашего исследования: выявить взаимосвязь между тревожностью и креативностью у дошкольников.

В соответствии с целью исследования нами были выдвинуты следующие **задачи работы**:

1. Обзор теоретических и эмпирических работ по проблеме взаимосвязи креативности и тревожности у дошкольников.

2. Разработка методического комплекса, составление батареи психологических методик, релевантных возрасту испытуемых и исследуемым особенностям.

3. Выявление психологических особенностей детей дошкольного возраста, описание особенностей тревожности и креативности у дошкольников.

4. Проведение исследования взаимосвязи тревожности и креативности у детей дошкольного возраста.

Объект: личностные особенности дошкольников.

Предмет: взаимосвязь тревожности и креативности у дошкольников.

Гипотеза: Уровень тревожности обратно пропорционален уровню креативности у детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования. В данной статье представлены результаты исследования, которое проводилось с 29 апреля 2025 г. по 14 мая 2025 г. на базе дошкольного отделения ГБОУ «Школа Тропарево» г. Москвы. В исследовании были задействованы подготовительные и старшие группы. Выборку составили 63 ребенка, однако только 56 протоколов было принято в обработку (7 протоколов исключено в связи с тем, что дети неправильно выполняли задание). Из них 28 мальчиков и 28 девочек. Возраст детей от 4 до 7 лет (средний возраст 5,65 лет).

В исследовании были использованы методы тестирования, опроса и субъективного шкалирования. При разработке методического комплекса, использованного в данной работе, учитывались следующие принципы: 1) возможность фиксации как количественных, так и качественных характеристик; 2) валидность и надежность методик; 3) соответствие уровня сложности и времени, необходимого для проведения методик физическим и интеллектуальным возможностям исследуемого контингента. Также был произведен подсчет статистических данных настоящего исследования с использованием компьютерной программы SPSS. Для оценки значимости межгрупповых различий использовались непараметрический статистический критерий Манна-Уитни и критерий Колмогорова-Смирнова для нормального распределения. Для определения меры связи между отдельными показателями подсчитывался коэффициент корреляции Спирмена.

Батарея методик включала в себя:

1) Сокращенный вариант теста креативности Торренса. Данная методика была использована для того, чтобы узнать уровень креативности испытуемых. Этот тест состоит из одного задания – «Закончи рисунок». Респонденту даются 10 рисунков и предлагается придумать, во что их можно преобразить. После рисования готовым рисункам предлагается дать название [17].

2) Тест тревожности «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки). Эта методика направлена на исследование уровня тревожности у детей. Выявленный уровень тревожности иллюстрирует эмоциональную приспособленность ребенка к социальным условиям и отношение ребёнка к новым или сложным ситуациям. Методика представляет собой 14 рисунков (разные для мальчиков и девочек) с изображением девочки или мальчика в зависимости от

пола ребенка, проходящего методику. Каждый рисунок иллюстрирует определенную ситуацию, с которой ребенок сталкивается каждый день. Но на рисунке не изображено лицо ребёнка. Лицо ребенок должен выбрать сам из двух предложенных вариантов – радостное или грустное.

3) Шкала тревожности Сирса. Методика использовалась с целью определения уровня тревожности дошкольников. Опросник может предоставляться родителям, воспитателям, няням и психологам детского сада. Методика позволяет определить уровень тревожности, который диагностируется методом наблюдения значимых взрослых. Мы давали методику психологу, который работал с детсадовскими группами. Психологу предлагается прочитать 14 вопросов и ответить на них одним из 4 утверждений: «признак отсутствует»; «признак слабо выражен»; «признак достаточно выражен»; «признак резко выражен». Подсчитывается общая сумма баллов, чем выше балл, тем выше уровень тревожности. Методика использовалась для того, чтобы отсеять несовпадающие протоколы и получить более объективный результат.

Результаты исследования и обсуждение. В результате проведенного исследования нами были получены следующие данные (см. табл. 1 и 2).

Таблица 1.

Описательная статистика показателей шкал креативности и тревожности

Шкалы	Среднее	Стд. отклонение
Тревожность	5,531	2,141
Беглость	9,252	1,850
Гибкость	7,42	1,921
Оригинальность	7,671	3,637
Разработанность	4,662	5,441
Общий балл креативности	27,906	10,348

Как видно из табл. 1, у данных детей отмечаются крайне низкие показатели креативности. Общий показатель креативности в статистической норме - 40-60 баллов. В данной группе средний балл – 27,906. Опрошенные дети обладают низким уровнем креативности. Показатель «очень плохо» присутствует у 58% респондентов, а показатель «ниже среднего» - у 39%. Средний уровень креативности - у оставшихся 3%, и ни у одного из детей показатель креативности не превышает норму. Дети в основном рисовали карандашом одного цвета либо просили простой карандаш. В большинстве своем рисунки - соединение двух крайних точек фигуры, не все дети рисуют дополнительные линии, которые перекрывают заданную фигуру, никто из детей не совмещал рисунки вместе. Также дети давали своим рисункам односложные названия: «кошка», «чайка», «ключ» и т. д.

Таблица 2.

Корреляция между шкалами опросника креативности и результатами опросника на тревожность у детей дошкольного возраста (критерий Спирмена)

Название шкалы	Бег- лость	Гиб- кость	Оригиналь- ность	Разработан- ность	Общий балл креативности
Коэффици- ент корреляции	-0,077	0,042	0,277	0,234	0,231
p	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

В табл. 2 видно, что значимых корреляций в данной группе дошкольников не выявлено.

В связи с полученными результатами об отсутствии корреляции, а также опираясь на данные из литературы о том, что дошкольный возраст является крайне неоднородным (выделяются старший, средний и младший дошкольные возраста), мы разделили респондентов на две группы: 4-5 лет (средний дошкольный возраст) и 6-7 лет (старший дошкольный возраст). Корреляции тревожности с показателями шкал креативности рассматривались уже внутри этих групп (см. табл. 3 и 4). Также были рассмотрены различия между этими двумя группами.

Таблица 3.

Корреляция между шкалами опросника креативности и результатами опросника на тревожность в группе 4-5 лет (критерий Спирмена)

Название шкалы	Бег- лость	Гиб- кость	Оригиналь- ность	Разработан- ность	Общий балл креативности
Коэффици- ент корреляции	-0,215	0,074	0,304	0,155	0,164
p	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Таблица 3 демонстрирует отсутствие значимых корреляций между показателями тревожности и шкал креативности в группе детей 4-5 лет.

Таблица 4.

Корреляция между шкалами опросника креативности и результатами опросника на тревожность в группе 6-7 лет (критерий Спирмена)

Название шкалы	Бег- лость	Гиб- кость	Оригиналь- ность	Разработан- ность	Общий балл креативности
Коэффици- ент корреляции	0,099	0,025	0,236	0,208	0,152
p	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Из табл. 4 видно, что значимых корреляций между тревожностью и показателями шкал креативности в группе детей 6-7 лет не выявлено. Коэффициент корреляции в этой группе не поднимается выше значения 0,236, а уровень значимости больше 0,05.

Таблица 5.

Различия уровня тревожности и показателей шкал креативности в группах 6-7 и 4-5 лет

	U	p-значение
Уровень тревожности	359,00	0,599
Беглость	324,50	0,275
Гибкость	301,50	0,142
Оригинальность	334,00	0,349
Разработанность	314,00	0,206
Общий балл креативности	279,00	0,066

Табл. 5 показывает отсутствие различий между группами детей 4-5 и 6-7 лет, так как p-значение превышает 0,05.

В ходе проведенного исследования, были получены результаты, согласно которым корреляций между креативностью и тревожностью у респондентов обнаружено не было, так как у всех детей уровень креативности не достигает нормы, держится в пределах «ниже нормы» и иногда опускается до «очень плохо». Таким образом, наша гипотеза опровергается.

Объяснений таким результатам несколько. Во-первых, креативность детей в дошкольном возрасте с каждым годом снижается. Детям из-за большого потока информации нет необходимости придумывать новые варианты решения поставленных задач, так как решение всегда есть. Мозг таким образом не тренируется. Помимо этого, родители нагружают детей дополнительными занятиями и секциями, а в школах и детских садах и без того дают колоссальный объем информации. Сейчас существуют реалистичные игрушки, которые не дают ребенку возможность фантазировать. Вместо веточки, которую ребенок представляет пистолетом или самолетиком, есть уже готовые гиперреалистичные фигурки пистолетиков и самолетиков, так что необходимости воображать и придумывать что-то новое нет. Полученные результаты согласуются с данными исследования, в котором с помощью Теста Креативности Мышления Торренса [21] было выявлено, что у американских детей начиная с 60-х годов креативность начала активно развиваться, к 90-м годам эти показатели стабилизировались, а потом пошли на спад [20]. И у нас появляется опасение в том, что креативность у современных детей снижена.

Во-вторых, выборка оказалась достаточно однородной по показателю креативности и это могло повлиять на результат, хотя все дети и подбирались случайным образом. В перспективе есть возможность рассмотреть более талантливых детей, взять выборку более многочисленную и включить в выборку детей нескольких детских садов. Тогда будет возможность изучить проблему взаимосвязи тревожности и креативности более глобально.

В-третьих, П. Торренс, автор теста на креативность, рассматривал креативность иначе, чем современные авторы. Для него креативность - процесс поиска нового решения поставленной проблемы. Возможно, основываясь на результатах данного исследования и исследования Н.К. Кюнг [20], следует модифицировать методику Торренса для современных детей. Возможно, требуется доработка методологической базы, чтобы изучить креативность более всесторонне.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что статистически значимых корреляций между уровнем тревожности и показателями шкал креативности у исследуемых дошкольников не выявлено. Исследуемая группа показала весьма низкие показатели креативности, в связи с чем у авторов появляется опасение о некоторой тенденции к снижению креативности у современных детей, что несомненно требует дальнейших исследований на более многочисленной группе дошкольников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапов В.М. Тревожность у детей. М.: ПЕР СЭ; Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2019. 160 с.
2. Водяха С.А. Коррекция тревожности в процессе формирования креативности: дис. ... канд. психол. наук. Казань. 2000.
3. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
4. Гилфорд Дж. Три стороны интеллекта: пер. с англ. // Психология мышления. М.: Прогресс, 1965. С. 433-456.
5. Дуженко М.В. Особенности развития креативности детей младшего школьного возраста : дис ... канд. психол. наук. Ставрополь, 2004.
6. Левина И.А. Взаимосвязь когнитивной дифференцированности, креативности и личностных особенностей: на материале старшего дошкольного возраста: дис... канд. психол. наук. М., 2005. 201 с.
7. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. 4-е изд. М.: Издательство Академии педагогических наук, 1959. 496 с.
8. Линдсей Г., Халл К.С., Томпсон Р.Ф. Творческое и критическое мышление // Общая психология: хрестоматия: учебное пособие / сост. Л.Б. Бровина, Т.А. Сергеева. М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 2008. С. 115-121.
9. Мерлин В.С. Деятельность как опосредующее звено в связи разноуровневых свойств индивидуальности // Проблемы интегрального исследования индивидуальности. Пермь, 1978. Вып. 2. С. 15-40.
10. Мороз В. Развитие креативности студентов. Оренбург, 2001. 225 с.
11. Никоненко Н.В. Взаимосвязь креативности и тревожности у детей старшего дошкольного возраста // Сб. трудов конф. Московская обл. 2017. С. 88-90.
12. Обухова Л.Ф., Шаграева О.А. Семья и ребёнок: психологический аспект детского развития. М.: Жизнь и мысль, 1999. 168 с.
13. Практическая психология образования: учеб. пособие / под ред. И.В. Дубровиной. СПб.: Питер, 2004. 592 с.
14. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный

возраст. СПб.: Питер, 2007. 192 с.

15. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.

16. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. Мастера психологии. СПб.: Питер, 2000. 712 с.

17. Сборник психологических тестов. Часть II: Пособие. Сост. Е.Е.Миронова. Минск: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. 146 с.

18. Хапренков И.И.. Проблема изучения тревожности у детей с точки зрения возрастной психологии // Евразийский научный журнал. 2016. № 12. С.302-303.

19. Эльконин Д.Б. Развитие устной и письменной речи. М.: Интор, 1998. 112 с.

REFERENCES

1. Astapov V.M. Trevozhnost` u detej. M.: PER SE`; Saratov: Aj Pi E`r Media, 2019. 160 s.

2. Vodyakha S.A. Korrektsiya trevozhnosti v processe formirovaniya kreativnosti: dis. ... kand. psikhol. nauk. Kazan`. 2000.

3. Vy`gotskij L.S. Psikhologiya razvitiya cheloveka. M.: Smy`sl; E`ksmo, 2005. 1136 s.

4. Gilford Dzh. Tri storony` intellekta: per. s angl. // Psikhologiya my`shleniya. M.: Progress, 1965. S. 433-456.

5. Duzhenko M.V. Osobennosti razvitiya kreativnosti detej mladshego shkol`nogo vozrasta : dis ... kand. psikhol. nauk. Stavropol`, 2004.

6. Levina I.A. Vzaimosvyaz` kognitivnoj differencirovannosti, kreativnosti i lichnostny`kh osobennostej: na materiale starshego doshkol`nogo vozrasta: dis... kand. psikhol. nauk. M., 2005. 201 s.

7. Leont`ev A.N. Problemy` razvitiya psikhiki. 4-e izd. M.: Izdatel`stvo Akademii pedagogicheskikh nauk, 1959. 496 s.

8. Lindsej G., Khall K.S., Tompson R.F. Tvorcheskoe i kriticheskoe my`shlenie // Obshhaya psikhologiya: khrestomatiya: uchebnoe posobie / sost. L.B. Brovina, T.A. Sergeeva. M.: Flinta: Moskovskij psikhologo-sotsial`ny`j institut, 2008. S. 115–121.

9. Merlin V.S. Deyatel`nost` kak oposreduyushhee zveno v svyazi raznourovnevny`kh svojstv individual`nosti // Problemy` integral`nogo issledovaniya individual`nosti. Perm`, 1978. Vy`p. 2. S. 15–40.

10. Moroz V. Razvitie kreativnosti studentov. Orenburg, 2001. 225 s.

11. Nikonenko N.V. Vzaimosvyaz` kreativnosti i trevozhnosti u detej starshego doshkol`nogo vozrasta // Sb. trudov konf. Moskovskaya obl.2017. S. 88-90.

12. Obukhova L.F., Shagraeva O.A. Sem`ya i rebyonok: psikhologicheskij aspekt detskogo razvitiya. M.: Zhizn` i my`sl`, 1999. 168 s.

13. Prakticheskaya psikhologiya obrazovaniya: ucheb. posobie / pod red. I.V. Dubrovinoj. SPb.: Piter, 2004. 592 s.

14. Prikhozhan A.M. Psikhologiya trevozhnosti: doshkol`ny`j i shkol`ny`j vozrast. SPb.: Piter, 2007. 192 s.

15. Prikhozhan A.M. Trevozhnost' u detej i podrostkov: psikhologicheskaya priroda i vozrastnaya dinamika. M.: Moskovskij psikhologo-soczial'ny'j institut; Voronezh: Izdatel'stvo NPO «MODE`K», 2000. 304 s.
16. Rubinshtejn S.L. Osnovy` obshhej psikhologii. Mastera psikhologii. SPb.: Piter, 2000. 712 s.
17. Sbornik psikhologicheskikh testov. Chast` II: Posobie. Sost. E.E.Mironova. Minsk: Zhenskij institut E`NVILA, 2006. 146 s.
18. Khaprenkov I.I. Problema izucheniya trevozhnosti u detej s tochki zreniya vozrastnoj psikhologii // Evrazijskij nauchny'j zhurnal. 2016. # 12. S.302-303.
19. E`l'konin D.B. Razvitie ustnoj i pis'mennoj rechi. M.: Intor, 1998. 112 s.
20. Kyung H.K. The Creativity Crisis: The Decrease in Creative Thinking Scores on the Torrance Tests of Creative Thinking. 2011.
21. Torrance E.P. Torrance Tests of Creative Thinking. Scholastic Testing Service, Inc. 1974.

S.O. Kuznetsova, S.E. Strogova

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND CREATIVITY IN PRESCHOOLERS

Mental Health Research Center, Institute of Social Sciences (Moscow).

Summary. This article presents the results of an empirical study on the relationship between anxiety levels and creativity in preschool children. The study sample consisted of 56 children (28 boys and 28 girls) aged 4 to 7 years. The study used testing and survey methods. The following methods were employed: the shortened version of the P. Torrance Creativity Test, the «Choose the Right Face» Anxiety Test, and the Sears Anxiety Scale. It was found that there were no statistically significant correlations between the level of anxiety and the scores on the creativity scales in the studied preschoolers. The study group showed very low levels of creativity.

Keywords: preschoolers, creativity, anxiety, Torrance Test of Creative Thinking, preschool age.

**МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И СОЦИОМЕТРИЧЕСКИЙ
СТАТУС УЧАСТНИКОВ БУЛЛИНГА В КОЛЛЕДЖЕ (СПО)
МАОУ СОШ № 83 (Пермь).**

Резюме. Исследование направлено на выявление взаимосвязи ролевых позиций участников буллинга (инициатор, помощник, жертва, защитник) с их социометрическим статусом и характером межличностных отношений среди учащихся колледжа. В исследовании приняли участие 82 студента в возрасте 15-16 лет. Применялись методики диагностики межличностных отношений (Т. Лири), социометрии (Дж. Морено) и выявления буллинг-структуры (Е.Г. Норкина). Статистическая обработка данных (мультиномиальная логистическая регрессия, корреляционный анализ) показала, что каждая роль имеет специфический психологический профиль. Инициаторы характеризуются авторитарностью, эгоизмом и подозрительностью; помощники — выраженной зависимостью; жертвы — подозрительностью, зависимостью и низкой агрессивностью. Защитники выступают референтной категорией со сбалансированным профилем. Выявлена положительная связь статуса с ролями инициатора и защитника. Результаты подтверждают гипотезу о статистически значимой связи ролевых позиций с типами межличностных отношений и статусом в группе, что может быть использовано для разработки адресных профилактических программ.

Ключевые слова: буллинг; ролевые позиции; межличностные отношения; социометрический статус; мультиномиальная логистическая регрессия; учащиеся СПО.

Введение. Проблема буллинга в образовательной среде на протяжении последних десятилетий остается одной из наиболее значимых в психологии образования и социальной психологии. Буллинг рассматривается как устойчивая форма межличностного насилия, реализующаяся в системе групповых отношений и сопровождающаяся распределением устойчивых ролевых позиций между участниками взаимодействия [11–13]. Современные исследования подчеркивают, что буллинг не является изолированным поведенческим актом, а представляет собой сложный социально-психологический феномен, включающий агрессоров, жертв, помощников, защитников и наблюдателей, каждый из которых занимает специфическое положение в структуре межличностных отношений [1, 2, 7].

Классические исследования школьной травли были заложены в работах П. Хайнемана и Д. Олвеуса, где буллинг описывается как систематическое преследование, основанное на асимметрии сил и поддерживаемое групповой динамикой [11, 12]. В дальнейшем проблема получила развитие в трудах зарубежных и отечественных исследователей, изучающих личностные, социальные и контекстуальные факторы вовлеченности в буллинг [2, 9, 13]. Особое внимание уделяется роли межличностных отношений и социометрического статуса, которые рассматриваются как ключевые механизмы закрепления ролевых позиций в группе [1, 3].

В отечественной психологии интерес к проблеме буллинга сформировался сравнительно поздно и первоначально был связан с анализом безопасности образовательной среды и подростковых форм агрессии [7, 10]. В настоящее время исследования охватывают широкий круг вопросов: от групповой динамики и коммуникативных паттернов до индивидуально-психологических характеристик участников травли [1, 2, 8]. Вместе с тем большинство эмпирических работ ориентировано преимущественно на школьную среду, тогда как учреждения среднего профессионального образования (СПО) остаются недостаточно изученными.

Коллективы СПО обладают рядом специфических характеристик, отличающих их от школьных групп: выраженной профессиональной направленностью, более жесткой иерархией, ранним стремлением обучающихся к самостоятельности и статусному самоутверждению [5, 6]. Эти особенности формируют конфигурацию межличностных отношений и могут по-разному влиять на распределение ролей в ситуации буллинга. Отсутствие целенаправленных исследований в данной сфере существенно ограничивает возможности разработки эффективных профилактических и коррекционных программ, ориентированных на студентов колледжей.

Несмотря на накопленный массив данных о распространенности буллинга и его последствиях, вопрос о взаимосвязи ролевых позиций участников буллинга с типами межличностных отношений остается недостаточно систематизированным, особенно в контексте подростковых и юношеских учебных коллективов. Это затрудняет как теоретическое осмысление механизмов буллинга, так и разработку адресных профилактических и коррекционных программ.

В связи с этим настоящее исследование было направлено на проверку **гипотезы** о наличии статистически значимой связи между ролевыми позициями участников буллинга и типами межличностных отношений. Существует специфика взаимосвязей ролевых позиций и типов межличностных отношений у участников ситуации буллинга. **Практическое значение** исследования заключается в разработке рекомендаций для профилактики буллинга и формирования позитивного социального климата в образовательных организациях.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2024 г. В исследовании приняли участие учащиеся колледжа профессионального образования ПГНИУ г. Перми в возрасте от 15 до 16 лет. Всего в исследовании приняли участие 82 человека, среди учащихся групп: ЮРП – 7,8; ЭБУ – 1,2 БО; ИСП -1,2 БО; ИСП – 5,6; ЮРП – 11,12.

Исследование проводилось с учетом добровольного участия, в смешанных по полу группах, по 20–30 человек. Методики были представлены испытуемым в электронном формате и сопровождались инструкцией с необходимыми пояснениями.

Процедура сбора данных осуществлялась при помощи методик: «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири); Методика «Социометрия» (Дж. Морено); Методика на выявление «буллинг-структуры» (Е.Г. Норкина).

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. Исследование особенностей межличностных отношений и социометрического статуса в связи с ролевыми позициями участников ситуации буллинга среди обучающихся колледжа в группах ЮРП – 7, 8; ЭБУ – 1, 2 БО. Методики: «Ди-

агностика межличностных отношений» (Т. Лири); Методика «Социометрия» (Дж. Морено); Методика на выявление «буллинг-структуры» (Е.Г. Норкина).

2. Исследование особенностей межличностных отношений и социометрического статуса в связи с ролевыми позициями участников ситуации буллинга среди обучающихся колледжа в группах ИСП - 1, 2 БО; ИСП – 5, 6; ЮРП – 11, 12. Методики: «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири); Методика «Социометрия» (Дж. Морено); Методика на выявление «буллинг-структуры» (Е.Г. Норкина).

3. Обработка первичных данных. После сведения первичных данных в таблицу все полученные результаты обрабатывались в программе JASP 0.19.3.0.. Проверка данных на нормальность распределения. Метод описательной статистики.

4. Количественная обработка данных математико-статистическим методам (мультиномиальная логическая регрессия, корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена).

Результаты и обсуждение.

Проверка гипотезы о том, что ролевые позиций участников буллинга взаимосвязаны с типами межличностных отношений

Для выявления связи ролевых позиции участников ситуации буллинга с типами межличностных отношений использовалась мультиномиальная логическая регрессия. Результаты представлены в таблицах 1-4.

Таблица 1.

Взаимосвязь ролевых позиций участников буллинга и типов межличностных отношений

Инициатор и Защитник					
Предиктор	Коэф. (β)	SE	z	p-value	OR
Начальное значение	-2.9261	0,9093	-3,2178	0,0013**	0,0536
Авторитарный	1.1311	0,1610	7,0271	0,0000***	3,0991
Эгоистический	0.9701	0,1654	5,8666	0,0000***	2,6383
Агрессивный	-1.8278	0,2461	-7,4280	0,0000***	0,1608
Подозрительный	1.1824	0,2714	4,3564	0,0000***	3,2621
Подчиняемый	-0.0478	0,3154	-0,1516	0,8795	0,9533
Зависимый	-2.6535	0,6540	-4,0572	0,0000***	0,0704
Дружелюбный	-0.2259	0,3104	-0,7278	0,4667	0,7978
Альтруистический	-2.1925	0,6517	-3,3641	0,0008***	0,1116

Примечания: значимые корреляции - *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$; коэффициент β отражает изменение логарифма отношения шансов выбора категории относительно базовой при росте предиктора. Стандартная ошибка (SE) показывает точность оценки коэффициента. Значение z представляет собой отношение β к SE и используется для проверки статистической значимости. Уровень значимости (p-value) указывает вероятность получить наблюдаемое значение z при нулевом эффекте. Отношение шансов (OR), вычисляемое как $\exp(\beta)$, показывает, во сколько раз изменяется шанс выбора соответствующей категории при изменении предиктора на одну единицу.

Таблица 2.

Взаимосвязь ролевых позиций участников буллинга и типов межличностных отношений

Помощник и Защитник					
Предиктор	Коэф. (β)	SE	z	p-value	OR
Intercept	-4.6234	0.7067	-6.5421	0.0000***	0.0098
Авторитарный	-0.0508	0.1277	-0.3980	0.6906	0.9504
Эгоистический	-0.2359	0.1627	-1.4503	0.1470	0.7898
Агрессивный	0.1296	0.2039	0.6358	0.5249	1.1384
Подозрительный	-1.1790	0.5223	-2.2572	0.0240*	0.3076
Подчиняемый	-0.1063	0.1812	-0.5864	0.5576	0.8992
Зависимый	0.8816	0.1277	6.9047	0.0000***	2.4149
Дружелюбный	0.1534	0.0985	1.5580	0.1192	1.1658
Альтруистический	-0.1165	0.1081	-1.0771	0.2814	0.8901

Примечание: значимые корреляции -***p < 0.001; **p < 0.01; *p < 0.05

Таблица 3.

Взаимосвязь ролевых позиций участников буллинга и типов межличностных отношений

Жертва и Защитник					
Предиктор	Коэф. (β)	SE	z	p-value	OR
Intercept	-1.5323	0.4374	-3.5034	0.0005***	0.2160
Авторитарный	-0.0980	0.1084	-0.9038	0.3661	0.9067
Эгоистический	-0.0029	0.1027	-0.0282	0.9775	0.9971
Агрессивный	-0.5264	0.1161	-4.5348	0.0000***	0.5907
Подозрительный	0.6801	0.0937	7.2560	0.0000***	1.9740
Подчиняемый	-0.0613	0.0947	-0.6472	0.5175	0.9406
Зависимый	0.3532	0.1317	2.6816	0.0073**	1.4237
Дружелюбный	0.1350	0.0848	1.5924	0.1113	1.1446
Альтруистический	-0.5868	0.1168	-5.0254	0.0000***	0.5561

Примечание: значимые корреляции ***p < 0.001, **p < 0.01, *p < 0.05)

Мультиномиальная логическая регрессия была применена для проверки гипотезы о том, что ролевые позиции участников буллинга статистически связаны с особенностями межличностных отношений. Данный метод был выбран исходя из специфики зависимой переменной, представляющей собой категориальный показатель с четырьмя уровнями (Инициатор, Помощник, Жертва, Защитник), что исключает применение бинарной логистической регрессии и делает мультиномиальную логическую регрессию наиболее корректным инструментом при анализе многокатегориальных исходов.

Показатели качества мультиномиальной логической регрессии

Показатели качества мультиномиальной логической регрессии	
Log-Likelihood:	-23.7130
Null Log-Likelihood:	-43.2104
McFadden's R ² :	0.4512
LR χ^2 (G ²):	38.9948
df:	24
Точность классификации:	90.5%

Примечание: Log-Likelihood – значение логарифма правдоподобия для финальной модели; чем ближе к нулю (выше), тем лучше модель объясняет данные. Null Log-Likelihood – лог-правдоподобие «пустой» модели без предикторов; используется как точка сравнения. McFadden's R² – псевдо-R для логистических моделей. LR χ^2 (G²) – статистика отношения правдоподобий, показывающая, насколько модель с предикторами лучше нулевой модели; используется для проверки общей значимости модели. df – число степеней свободы, соответствующее количеству включенных параметров. Точность классификации – доля наблюдений, правильно отнесенных моделью к своим категориям относительно общего числа случаев.

Роль «Наблюдатель» была исключена из анализа, поскольку ее численность оказалась статистически недостаточной для корректного исследования параметров мультиномиальной логической регрессии.

В качестве референтной категории была выбрана роль «Защитник», поскольку она является наименее конфликтной, занимает относительно нейтральную позицию в структуре межличностных отношений и теоретически может рассматриваться как точка отсчета при сравнении других ролевых позиций, характеризующихся либо выраженной агрессивностью («Инициатор», «Помощник»), либо повышенной уязвимостью («Жертва»). Таким образом, использование роли «Защитника» как базовой позволяет интерпретировать результаты в терминах отклонения агрессивных и уязвимых ролей от социальной «нормы» поддерживающего поведения.

Показатели качества модели показывают ее прочную объяснительную способность: значения McFadden's R²=0.4512 указывает на то, что около 45% вариативности распределения ролевых позиций объясняется включенными предикторами, что для данных социально-психологического характера является высоким показателем. Логарифм правдоподобия (-23.713) в сочетании с значимым LR χ^2 (G²=38.99, df=24, p<0.001) свидетельствует о том, что модель статистически значимо превосходит нулевую модель. Точность классификации 90.5% подтверждает, что включенные межличностные особенности позволяют надежно предсказывать занимаемую ролевую позицию учащихся в ситуации буллинга.

При сравнении роли «Инициатор» с ролью «Защитник» было выявлено то, что значимым положительным фактором являются шкалы «Авторитарный» (β =1.1311, OR=3.10, p<0.001), «Эгоистический» (β =0.9701, OR=2.64, p<0.001) и «Подозрительный» (β =1.1824, OR=3.26, p<0.001). Это может означать то, что

высокий уровень склонности к доминированию и недоверчивости увеличивают вероятность воплощения роли «Инициатора» по сравнению с ролью «Защитник». Также были выявлены значимые отрицательные факторы по шкале «Агрессивный» ($\beta = -1.8278$, $OR = 0.16$, $p < 0.001$), «Зависимый» ($\beta = -2.6535$, $OR = 0.07$, $p < 0.001$) и «Альтруистический» ($\beta = -2.1925$, $OR = 0.11$, $p < 0.001$). Полученные данные указывают на то, что учащиеся с выраженной зависимостью, склонностью к альтруизму и высоким уровнем агрессивности, с меньшей вероятностью выступают в роли инициаторов буллинга. Также, опираясь на полученные данные, можно предположить то, что инициаторы буллинга имеют склонность к проявлению доминирования, использованию манипуляций, повышенную подозрительность и наличие потребности в осуществлении контроля над другими.

Высокие показатели по шкалам «Авторитарный» и «Эгоистический» при низких показателях по шкале «Альтруистический» формируют образ субъекта, способного инициировать буллинг. Однако, в основе поведения лежит не спонтанная агрессия, а продуманное стремление к лидерству и контролю над ситуацией.

При сравнении роли «Помощника» с ролью «Защитник» значимыми оказались два предиктора: «Зависимый» ($\beta = 0.88161$, $OR = 2.14$, $p < 0.001$), увеличивающий вероятность исполнения роли «Помощника», и «Подозрительный» ($\beta = -1.1790$, $OR = 0.31$, $p = 0.024$), снижающая вероятность принадлежности к этой роли. Таким образом, роль «Помощника» инициатора буллинга характеризуется выраженной зависимостью и склонностью следовать за более сильной фигурой (как правило, инициатором), что соответствует теоретическим моделям роли «активного пособника». Низкие показатели по шкале «Подозрительный» предположительно связаны с готовностью следовать за инициатором без критического осмысления его мотивов и последствий участия в буллинге.

При сравнении роли «Жертва» с ролью «Защитника» значимыми положительными предикторами стали показатели по шкалам «Подозрительный» ($\beta = 0.6801$, $OR = 1.97$, $p < 0.001$) и «Зависимый» ($\beta = 0.3532$, $OR = 1.42$, $p = 0.0073$). Это может свидетельствовать о том, что повышенная тревожность, выраженная настроенность и зависимость от окружающих увеличивают вероятность оказаться в роли жертвы. Отрицательными факторами оказались показатели по шкалам «Агрессивный» ($\beta = -0.5264$, $OR = 0.59$, $p < 0.001$) и «Альтруистический» ($\beta = -0.5868$, $OR = 0.56$, $p < 0.001$), что может говорить о низкой вероятности оказаться в роли жертвы для участников, склонных к проявлению агрессии и альтруизму.

Сочетание высоких показателей подозрительности и зависимости с низким уровнем агрессивности формирует психологический профиль, типичный для жертвы, склонной к тревожному ожиданию угрозы, неуверенности в собственных силах и неспособности отстаивать свои интересы.

Результаты данного исследования показывают то, что ролевые позиции в ситуации буллинга имеют выраженные психологические предикторы, связанные с особенностями межличностных отношений. Роль «Инициатор» характеризуется проявлением доминирования и недоверчивости при низкой зависимости и низком альтруизме. Роль «Помощник» характеризуется зависимостью и пониженной подозрительностью, а роль «Жертва» сочетанием зависимости, подозрительности и низкой агрессивности.

Роль «Защитника» выступает нейтральной точкой отсчета с относительно

сбалансированным межличностным профилем.

Данная структура подтверждает гипотезу о том, что ролевые позиции участников буллинга статистически взаимосвязаны с особенностями межличностных отношений.

Проверка гипотезы о том, что существует специфика взаимосвязи ролевых позиций и типов межличностных отношений у участников ситуации буллинга.

Для определения специфики взаимосвязи ролевых позиций и типов межличностных отношений участников ситуации буллинга был применен корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена. Результаты представлены в табл. 5.

Таблица 5.

Взаимосвязь ролевых позиций участников буллинга и типов межличностных отношений

Шкалы	Авторитарный	Эгоистический	Агрессивный	Подозрительный	Подчиняемый	Зависимый	Дружелюбный	Альтруистический
Инициатор	0.32*	0.31*	0.11	-0.06	-0.33*	-0.04	0.09	0.05
Помощник	0.02	0.04	-0.04	0.04	0.01	0.03	0.13	-0.03
Защитник	0.28*	0.21	0.12	-0.28*	-0.35*	0.00	0.05	0.14
Жертва	-0.22	-0.17	-0.01	0.33*	0.42*	0.10	0.05	0.00
Наблюдатель	0.08	-0.11	-0.11	0.01	0.19	0.16	0.07	0.08

Примечание: *значимые корреляции, $p < 0.05$.

Наиболее выраженные взаимосвязи выявлены у ролевых позиций «Инициатор», «Жертва» и «Защитник».

Роль «Инициатор» имеет положительную взаимосвязь со шкалами «Авторитарный» ($r=0.32$) и «Эгоистический» ($r=0.31$). Вероятно, основными мотивами инициаторов являются стремление к лидерству и власти через агрессию и пренебрежение интересами других людей. Одновременно зафиксирована отрицательная взаимосвязь со шкалой «Подчиняемый» ($r=-0.33$), что свидетельствует о слабо выраженной тенденции к уступчивости, вероятно, данная стратегия поведения воспринимается инициатором как угроза его статусу и уязвимости.

Роль «Помощника» не имеет статистически значимых взаимосвязей с типами межличностных отношений. Вероятно, это означает, что данная роль характеризуется не устойчивыми личностными паттернами, а ситуативными факторами, такими как давление группы, конформность или сиюминутная выгода.

Роль «Защитник» имеет положительную корреляцию со шкалой «Авторитарный» ($r=0.28$) и отрицательную со шкалой «Подозрительный» ($r=-0.35$). Предположительно, это связано с наличием склонности к принятию самостоятельных решений и отсутствию чрезмерной тревожности или ведомости. За-

щитники в большей степени ориентированы на активное вмешательство, действуют с позиции силы и устойчивых внутренних принципов, а не конформности и стремления к доминированию.

Роль «Жертва» имеет положительные взаимосвязи со шкалами «Подозрительный» ($r=0,33$) и «Подчиняемый» ($r=0,42$). Вероятно, для данной роли характерна повышенная чувствительность к возможной угрозе, склонность к настороженности и выраженная покорность.

Роль «Наблюдатель» не имеет значимых корреляции с типами межличностных отношений, что, вероятно, указывает на отсутствие устойчивого личностного профиля в ситуации межличностных взаимодействий, определяющего их роль в ситуации буллинга. Либо это обусловлено ограниченностью выборки.

Проверка гипотезы о том, что социометрический статус взаимосвязан с ролевыми позициями участников буллинга.

Для определения специфики взаимосвязи ролевых позиций и типах межличностных отношений участников ситуации буллинга был применен корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена. Результаты представлены в табл. 6.

Таблица 6.

Взаимосвязь ролевых позиций и интегрального социометрического статуса

Ролевая позиция	Интегральный социометрический статус
Инициатор	0.35*
Жертва	-0.21
Помощник	-0.02
Защитник	0.31*
Наблюдатель	-0.22

Примечание: *значимые корреляции, $p < 0.05$.

В результате корреляционного анализа, проведенного с использованием коэффициента Пирсона, были установлены статистически значимые связи между изучаемыми параметрами.

Положительная корреляция между ролью «Инициатора» и интегральным социометрическим статусом ($r=0.35$, $p < 0.05$) предположительно связана с тем, что учащиеся, которые чаще выступают инициаторами травли, как правило, занимают высокие позиции в системе межличностных отношений. Вероятно, инициаторы травли в исследуемых группах воспринимаются другими участниками группы как неформальные лидеры. Их поведение, возможно, интерпретируется сверстниками как демонстрация силы и влияния. Таким образом, роль «Инициатора» вероятно, тесно связана с лидерскими позициями среди учащихся колледжа.

Положительная корреляция между ролью «Защитник» и интегральным социометрическим статусом. Можно предположить то, что проявление поддержки и активное участие в социальной динамике повышает принятие в коллективе.

Роли «Жертва», «Помощник» и «Наблюдатель» не демонстрируют статистически значимых связей с интегральным социометрическим статусом. Вероятно, данные ролевые позиции в ситуации буллинга не связаны напрямую с

признанием или популярностью в группе и зависят скорее от ситуативных факторов и групповой динамики.

Выводы.

1. Выявлено, что ролевые позиции участников буллинга показывают четкую связь с личностными характеристиками. Инициаторы склонны к доминированию, авторитарности и эгоизму, проявляют повышенную подозрительность и стремление контролировать других. Помощники зависимы, ориентированы на более сильного участника и менее подозрительны. Жертвы характеризуются тревожностью, настороженностью, зависимостью от окружения и низкой агрессивностью. Защитники занимают нейтральную позицию, ориентируясь на поддерживающее поведение и проявляя самостоятельность в решениях.

2. Выявлено, что инициаторы чаще занимают высокие позиции в системе межличностных отношений, вероятно, воспринимаясь сверстниками как неформальные лидеры. Защитники за счет поддержки других участников получают положительное признание и укрепляют социальный статус. Жертвы, помощники и наблюдатели напрямую со статусом не связаны, их положение зависит больше от ситуативных факторов и динамики группы.

3. Установлено, что инициаторы проявляют стремление к лидерству, контролю и манипуляциям. Помощники следуют за инициатором без критического анализа мотивов. Жертвы отличаются тревожностью, настороженностью и подчиняемостью. Защитники действуют с позиции силы и устойчивых принципов, вмешиваясь при необходимости и поддерживая других участников.

4. Выявлено, что ролевые позиции в ситуации буллинга влияют на динамику отношений и частично на социальный статус. Инициаторы обладают высоким влиянием и занимают лидирующие позиции, защитники укрепляют признание через поддержку группы. Помощники и жертвы проявляют свои ролевые модели преимущественно под влиянием ситуативных факторов и групповой динамики, их статус менее устойчив.

Область применения и перспективы. Результаты могут быть использованы психологами, педагогами и исследователями в области школьной психологии и социальной психологии подростков. Результаты позволяют перейти от общих профилактических мер к адресной работе с разными ролевыми группами:

Для потенциальных инициаторов актуальна коррекция манипулятивных и властных установок, развитие эмпатии и просоциального лидерства.

Для потенциальных жертв можно проводить тренинги асертивности, повышение самооценки и снижение тревожности.

Группу в целом необходимо ориентировать на поддержку и укрепление позиции Защитника, формируя климат нетерпимости к травле и поощряя безопасное вмешательство.

Важной задачей является диагностика и коррекция групповой структуры (например, через социометрию), чтобы предотвратить концентрацию социальной власти в руках потенциально агрессивных лидеров и интегрировать изолированных членов группы.

Работа вносит вклад в понимание психологических механизмов буллинга в молодежной среде и предоставляет конкретные ориентиры для разработки программ психолого-педагогического сопровождения учащихся СПО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочавер А.А., Жилинская А.В., Хломов К.Д. Школьная травля и позиция учителей // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6, № 1. С. 103–116.
2. Бутовская М.Л., Луценко Е.Л., Ткачук К.Е. Буллинг как социокультурный феномен и его связь с чертами личности // Этнографическое обозрение. 2012. № 5. С. 139–150.
3. Волков И.П. Методы социометрических измерений в социально-психологических исследованиях. Л.: ЛГУ, 1970. 78 с.
4. Гамезо М.В., Петрова Е.А., Орлова Л.М. Возрастная и педагогическая психология. М.: Педагогическое общество России, 2003. 512 с.
5. Ишимова К.А., Цариценцева О.П. Исследование особенностей социометрического статуса подростков / Донецкие чтения 2024: образование, наука, инновации, культура и вызовы современности. Мат-лы IX международной науч. конф. Т. 9. Философские и психологические науки. Донецк. Донецкий национальный университет, 2024. С. 128–130.
6. Казакова А.О. Особенности межличностных отношений подростков / Актуальные проблемы теории и практики социальной работы и образования. Ставрополь, 24 ноября 2023 года. Сб. мат-лов XI Всероссийской науч.-практ. конф. Ставрополь, 2023. С. 247–251.
7. Норкина Е.Г. Психологические особенности подросткового буллинга // Таврический научный обозреватель. 2016. № 3. С. 170–174.
8. Стороженко А.В. Взаимосвязь нарциссических черт личности и склонности к абьюзingu и буллингу / Современный образовательный процесс, психолого-педагогическое сопровождение, воспитательные стратегии: мат-лы Международной науч.-практ. конф. (Краснодар, 28 ноября 2024 г.). Чебоксары: ИД «Среда», 2024. С. 175–177.
9. Шаталова К.Е. Стиль межличностных отношений подростков как фактор социализации // Глобальный научный потенциал. 2023. № 3 (144). С. 98–100.
10. Шибутани Т. Социальная психология / Пер с англ. В.Б. Ольшанского. М., Ростов н/Д: АСТ, Феникс, 1999. 538 с.

REFERENCES

1. Bochaver A.A., Zhilinskaya A.V., Khlomov K.D. Shkol'naya travlya i pozitsiya uchitelej // Soczial'naya psikhologiya i obshhestvo. 2015. T. 6, # 1. S. 103–116.
2. Butovskaya M.L., Luczenko E.L., Tkachuk K.E. Bulling kak soczi-okul'turny'j fenomen i ego svyaz' s chertami lichnosti // E'tnograficheskoe obozrenie. 2012. # 5. S. 139–150.
3. Volkov I.P. Metody` socziometricheskikh izmerenij v soczial'no-psikhologicheskikh issledovaniyakh. L.: LGU, 1970. 78 s.
4. Gamezo M.V., Petrova E.A., Orlova L.M. Vozrastnaya i pedagogicheskaya psikhologiya. M.: Pedagogicheskoe obshhestvo Rossii, 2003. 512 s.
5. Ishimova K.A., Czaricenczeva O.P. Issledovanie osobennostej socziometricheskogo statusa podrostkov / Doneczkie chteniya 2024: obrazovanie, nauka, innovaczii, kul'tura i vy`zovy` sovremennosti. Mat-ly` IX mezhhdunarodnoj nauch. konf. T. 9. Filosofskie i psikhologicheskie nauki. Doneczk. Doneczkij naczional'ny'j un-iversitet, 2024. S. 128–130.
6. Kazakova A.O. Osobennosti mezhlichnostny`kh otnoshenij podrostkov / Ak-

tual'ny'e problemy` teorii i praktiki soczial'noj raboty` i obrazovaniya. Stavropol', 24 noyabrya 2023 goda. Sb. mat-lov XI Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. Stavropol', 2023. S. 247–251.

7. Norkina E.G. Psikhologicheskie osobennosti podrostkovogo bullinga // Tavricheskij nauchny`j obozrevatel`. 2016. # 3. S. 170–174.

8. Storozhenko A.V. Vzaimosvyaz` narczissicheskikh chert lichnosti i sklonnosti k ab`yuzingu i bullingu / Sovremenny`j obrazovatel'ny`j process, psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie, vospitatel'ny'e strategii: mat-ly` Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. (Krasnodar, 28 noyabrya 2024 g.). Cheboksary`: ID «Sreda», 2024. S. 175–177.

9. Shatalova K.E. Stil` mezhlichnostny`kh otnoshenij podrostkov kak faktor socializaczii // Global'ny`j nauchny`j potenczial. 2023. # 3 (144). S. 98–100.

10. Shibutani T. Soczial'naya psikhologiya / Per s angl. V.B. Ol'shanskogo. M., Rostov n/D: AST, Feniks, 1999. 538 s.

11. Olweus D. Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys. Washington: Hemisphere, 1978. 218 p.

12. Olweus D. Bullying at School: What We Know and What We Can Do. Oxford: Blackwell, 1993. 137 p.

13. Olweus D. Bully/victim problems among school children in Scandinavia // Psykolog profesjonen mot ar. 1987. P. 413–426.

D.V. Mashkova

INTERPERSONAL RELATIONS AND SOCIOMETRIC STATUS OF BULLYING PARTICIPANTS IN SECONDARY VOCATIONAL EDUCATION

College of Professional Education, Perm State National Research University (Perm).

Summary. The study aims to identify the relationship between the role positions of bullying participants (initiator, assistant, victim, defender) and their sociometric status and the nature of interpersonal relationships among college students. The study involved 82 students aged 15-16. Methods of diagnostics of interpersonal relations (T. Leary), sociometry (J. Moreno) and identification of bullying structure (E. G. Norkina) were used. Statistical data processing (multinomial logistic regression, correlation analysis) showed that each role has a specific psychological profile. Initiators are characterized by authoritarianism, selfishness and suspicion; assistants — by pronounced dependence; victims — by suspicion, dependence and low aggressiveness. Defenders act as a reference category with a balanced profile. A positive relationship between status and the roles of initiator and defender was revealed. The results confirm the hypothesis of a statistically significant relationship between role positions and types of interpersonal relationships and status in the group, which can be used to develop targeted prevention programs.

Keywords: bullying; role positions; interpersonal relations; sociometric status; multinomial logistic regression; secondary vocational education students.

**ПЕРФЕКЦИОНИЗМ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ
НЕВРОЗА У ПОДРОСТКОВ****Тихоокеанский государственный университет (Хабаровск).**

Резюме. В статье представлены обобщенные данные о феномене перфекционизма как составляющей невроза у подростков, а также некоторых способах по их коррекции. Раскрываются отрицательные и положительные аспекты данного явления. Внутренний мир индивида, а также его отклик на внешние события, с точки зрения психолого–педагогической теории и практики, является ядром исследования. Перфекционизм, как одна из составляющих внутреннего мира, представляет одну из поведенческих форм у человека. Особое место в данном контексте занимает категория подростков, т. к. получение социального опыта и межличностного взаимодействия находятся в стадии совершенствования, а завышенные требования к окружающим и самому себе подчас могут носить вредоносный характер для этих условий.

Ключевые слова: подросток, перфекционизм, невроз, учебный процесс.

Введение. Психологический облик человека представляет собой очень многоаспектное явление. В постоянно меняющихся экономических, политических и социальных условиях происходит повышение требований к способностям личности, позволяющих ей успешно интегрироваться и функционировать в социуме.

Перфекционизм, как одно из явлений в психике человека, представляет собой стремление к некоему идеалу, однако по своей по своей природе является амбивалентным. В конечном счете, стремление человека к построению «идеальной» личности лишь привели к тому, что этот самый идеал превратился в утопию. Однако интерес, а также требования к этому идеалу у самого индивида остались не реализованными.

В данной связи, лучшие умы разных эпох и профессиональной принадлежности пытались расшифровать данное явление, дать рациональное объяснение [1, 2, 7, 19 и др.). Ко всему прочему следует добавить, что основной проблемой в диагностике нормальных и патологических форм перфекционизма является то, что до сих пор не существует методики, позволяющей их дифференцировать [3, 4, 8]. В связи с вышеизложенным, вопрос о здоровой и патологической формах перфекционизма остается дискуссионным, что обуславливает ее актуальность.

Целью данного исследования являются: а) диагностика уровня невротизации подростков; б) диагностика уровня перфекционизма у подростков; в) анализ взаимосвязи уровней невротизации и перфекционизма у данной категории испытуемых; г) проверка эффективности подобранных коррекционных мероприятий по снижению уровня невротизации через снижение завышенных требований к себе и окружающим (перфекционизма).

Перфекционизм(perfectio) в переводе с латинского означает совершенство [2]. По мнению А. Адлера, попытки индивида достичь превосходства над окру-

жением, стать идеальным и безупречным являются своеобразным механизмом сверхкомпенсации, которая ведет к усилению психического напряжения [1]. К. Хорни считает, что перфекционизм является невротическим, ущербным стремлением к совершенству. Выполняя любое действие, и при этом совершая малейший промах или допуская неточность, индивид ненавидит себя за это [10].

По мнению К. Хорни, А.Б. Холмогоровой, перфекционизм выполняет следующие функции: поддержание самоуважения, подмена истинной уверенности в себе, идеализация собственного образа, замена истинных целей и идеалов и создание защитного отрицания внутренних конфликтов [9, 10].

Д. Хамачек рассматривал перфекционизм как нормальный, так и невротический. Первый представляет собой личностное качество, обуславливающее стремление индивида к продуктивной деятельности с опорой на свои ресурсы и возможности. Вторым – самокритичность личности, вызванный страхом неудач при постановке целей и задач, постоянной самокритикой и самобичеванием за ошибки и неудачи [11].

По З. Фрейду, данный термин представляет собой стремление человека к совершенству, подавляя желание удовольствия. Находя источник удовольствия, индивид пытается продлить данное состояние, страдая от невроза «навязчивых повторений». В данном контексте перфекционизм как составная часть невроза является причиной его возникновения вследствие конфликта Я–реального и Я–идеального [7].

К. Юнг полагал, что перфекционизм возникает в ответ на стремление индивида к самосовершенствованию, а именно тогда, когда в данном процессе обнаружались недостатки, ошибки и слабости. Скрывая их под благополучным образом самого себя (Реальное Я) происходит усиление невроза [12].

По утверждению В.А. Ясной, С.Н. Ениколопова, высокий уровень перфекционизма часто связан с проблемами в общении, трудностями в адаптации в коллективе. Данное явление авторы связывают с чрезмерной требовательностью и ожиданиями в отношении окружающих, что может приводить к конфликтам, а также с недостатком доверительных и близких отношениях [13].

На современном этапе вопрос перфекционизма рассматривался с нескольких позиций:

1) с точки зрения психоаналитического подхода, перфекционизм является одномерной конструкцией, показывающей нарциссическую организацию личности с отрицательными чертами (стыд, неспособность жить без одобрения со стороны, аутоагрессия);

2) с точки зрения бессознательного подхода, перфекционизм представляет собой нарушение в восприятии себя. Индивид при перфекционизме рассматривает себя как функцию или вещь, которая не является необходимой без активного внешнего вклада [7];

3) с точки зрения когнитивного подхода, индивид: а) самоориентирован на соответствие стандартам высокого класса (самориентированный перфекционизм); б) требователен и нетерпим к несовершенству других (объектно-ориентированный перфекционизм); в) убежден в том, что именно другие вы-

ступают мотиваторами для его соответствия этим стандартам (социально предписанный перфекционизм)¹.

Исходя из положений, выдвинутых Д. Хамачек, К. Юнгом и З. Фрейдом, В.А. Ясной, С.Н. Ениколоповым, а также заявленной темы данного исследования, целесообразно придерживаться того, что перфекционизм (невротический) является одной из составных частей невроза, который может нанести вред не только самому носителю, но и лицам, его окружающим.

Также предполагалось, что, диагностировав высокие уровни перфекционизма с помощью многомерной шкалы П. Хьюитта и Г. Флетта (в адаптации И.И. Грачевой), а также шкалы невротизации Хека–Хесса, дальнейшем, с помощью упражнений, взятых из драматерапии, возможно позволить испытуемым снизить уровень притязаний и требований к окружающим и самим себе, что, в свою очередь, уменьшит уровень невротизации.

Эксперимент проводился на базе Тихоокеанского государственного университета в период с мая по сентябрь 2025 г. В исследовании принимали участие 200 абитуриентов (16–17 лет). Занятия проводились в рамках учебного процесса в качестве факультатива.

Диагностика уровня перфекционизма проводилась с помощью многомерной шкалы П. Хьюитта и Г. Флетта (в адаптации И. И. Грачевой [4]). Диагностика уровня невротизации проводилась с помощью Шкалы Хека–Хесса в адаптации Д. Я. Райгородского [6].

После обработки данных была осуществлена выборка 40 юношей и 40 девушки с высоким уровнем невротизации и перфекционизма.

Далее группы юношей и девушек были разделены на контрольные (КГ) и экспериментальные (ЭГ) группы: юноши (по 20 человек) и девушки (по 20 человек).

Таблица 1.

Уровень невротизации по Шкале Хека–Хесса на начало эксперимента (в баллах)

№	КГ (юноши)	КГ (девушки)	ЭГ (юноши)	ЭГ (девушки)
1	37	39	29	38
2	30	31	40	32
3	36	37	39	36
4	34	35	36	34
5	35	35	34	35
6	40	39	38	40
7	39	40	39	39
8	29	37	36	36
9	34	36	29	35
10	31	35	34	34
11	29	30	29	31

¹Flett G.L., Hewitt P.L., Whelan T., Martin Th.R. 2007. The Perfectionism Cognitions Inventory: Psychometric Properties and Associations with Distress and Deficits in Cognitive Self-management // Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavior Therapy. Vol. 25. P. 255–277.

12	29	30	28	32
13	30	37	39	36
14	31	27	28	29
15	35	29	30	30
16	34	39	37	39
17	35	39	40	40
18	28	40	38	40
19	34	39	37	37
20	33	37	37	35
Среднеарифметические значения				
	33,15	35,55	34,85	35,4

По шкале Хека–Хесса в норме уровень невротизации составляет от 0 до 24 баллов.

Таблица 2.

Уровень перфекционизма по интегральной шкале П. Хьитта и Г. Флетта на начало эксперимента (в баллах)

№	КГ (юноши)	КГ (девушки)	ЭГ (юноши)	ЭГ (девушки)
1	270	272	271	272
2	260	262	268	259
3	230	245	239	260
4	255	261	265	249
5	240	230	245	255
6	280	212	234	254
7	250	234	261	225
8	241	236	245	240
9	234	211	235	237
10	254	245	220	235
11	261	236	238	241
12	222	230	231	228
13	211	245	236	240
14	231	222	235	230
15	246	226	239	211
16	207	209	200	205
17	256	211	223	240
18	223	240	247	250
19	200	214	221	230
20	220	221	237	226
Среднеарифметические значения				
	239,55	233,1	239,5	239,35

По интегральной шкале П. Хьитта и Г. Флетта уровень перфекционизма:

- от 0 до 159 – низкий уровень;
- от 160 до 204 – средний уровень;
- от 205 до 322 – высокий уровень.

Как видно из полученных результатов, уровень невротизации у испытуемых всех групп на начало эксперимента, приближается к высокому. Уровень перфекционизма по интегральной шкале П. Хьитта и Г. Флетта на начало эксперимента у всех групп испытуемых, также находится выше средних значений.

При проведении коррекции с участниками ЭГ использовались следующие упражнения:

- «Избавление от тревоги при помощи гештальт-терапевтической техники»: испытуемым задавались вопросы – а) как ваше волнение за будущее влияет на качество жизни в настоящем, б) можете ли вы сделать то, чего боитесь (именно данный пункт являлся одной из основных целей эксперимента);

- «Мысли о страхах из прошлого». Суть данного упражнения заключается в представлении испытуемыми тихого, спокойного места, где им наиболее комфортно. Далее, закрытыми глазами, испытуемым предлагалось поразмышлять о страхах, которые они уже испытывали. Данное упражнение позволяет существенно сузить круг поиска самого страха, его источника;

- «Мозговой штурм». Испытуемым предлагалось записать решения своих проблем (страхов). Данное упражнение сначала проводилось индивидуально.

- «Разговор через стекло». Участники распределяются по парам. Ведущий начинает словами: «Представьте себе, что вас разделяет звуконепроницаемое стекло, а вам надо передать информацию своему партнеру. Не договариваясь с партнером о теме, попробуйте передать ему содержание информации без слов, но так, чтобы он вас понял». Данное упражнение было направлено на преодоление чувства стыда.

Поскольку в основе перфекционизма лежит тревога, страх ошибки и осуждения, предполагалось что, вызывая данные чувства у испытуемых в специальной обстановке, позволит им взглянуть на себя. В данной связи применялся метод психодрамы, разработанный Якобом Морено [5]. Его суть состояла в том, что испытуемому предлагалось сыграть роль на сцене, а именно попытаться воспроизвести ситуации, вызывающие наиболее сильный дискомфорт (страх выглядеть глупым, некомпетентным, виноватым и т. п.). Каждый испытуемый играл персонажа из сценария, написанного педагогом-психологом, а другие испытуемые принимали участие в спектакле в качестве критиков выступающего.

Целью кульминацией данного упражнения для участников ЭГ было принятие своих «ошибок» на сцене, а именно того, чего не было в сценарии или того, что выступающий не упомянул, находясь в роли.

- «Мозговой штурм». Испытуемым предлагалось записать решения своих проблем (страхов). Данное упражнение проводилось в групповой форме. Каждый испытуемый высказывал свои страхи, а другие участники предлагали свои решения.

Результаты и обсуждение. На конец проведения эксперимента были получены следующие данные:

Таблица 3.

Уровень невротизации по Шкале Хека–Хесса на конец эксперимента (в баллах)

№	КГ (юноши)	КГ (девушки)	ЭГ (девушки)	ЭГ (юноши)
1	37	39	25	30
2	30	31	23	25
3	36	36	28	26
4	34	39	29	25
5	35	34	22	23
6	40	39	31	28
7	39	38	27	27
8	29	37	23	29
9	34	36	29	25
10	31	35	24	24
11	29	30	25	23
12	29	30	21	22
13	30	38	28	19
14	31	29	20	20
15	35	28	25	23
16	34	40	24	26
17	35	38	25	29
18	28	37	19	25
19	34	40	28	24
20	33	36	30	23
Среднеарифметические значения				
	31,8	34	25,3	24,8

Таблица 4.

Уровень перфекционизма по интегральной шкале П. Хьитта и Г. Флетта на конец эксперимента (в баллах)

№	КГ (юноши)	КГ (девушки)	ЭГ (юноши)	ЭГ (девушки)
1	269	269	204	220
2	259	260	230	230
3	231	246	199	231
4	256	260	200	226
5	239	231	196	230
6	278	212	220	212
7	251	230	180	213
8	240	235	199	221
9	233	210	206	221
10	254	245	202	212
11	261	236	207	221

12	222	227	190	213
13	211	246	212	214
14	231	222	205	208
15	246	223	203	197
16	208	209	189	189
17	256	215	202	222
18	220	239	220	219
19	200	215	202	208
20	220	220	215	207
Среднеарифметические значения				
	239,25	223	204,05	215,7

В КГ у юношей среднеарифметический показатель невротизации на начало эксперимента составлял 33,15, на конец – 31, 8 балла.

В КГ у девушек среднеарифметический показатель невротизации на начало эксперимента составлял 35,55, на конец – 34 балла.

В ЭГ у девушек среднеарифметический показатель невротизации на начало эксперимента составил 35,4, на конец – 25,3 балла.

В ЭГ у юношей среднеарифметический показатель невротизации на начало эксперимента составлял 34,85, на конец – 24,8 балла.

Как видно из полученных данных, в КГ у юношей и девушек уровень невротизации существенно не изменился.

В ЭГ у девушек после проведения психолого–педагогических мероприятий снижение составило 10,1 балла.

В аналогичный период в ЭГ юношей снижение составило 10,05 балла.

По показателю невротизации в ЭГ среднеарифметические значения после проведения психолого–педагогических мероприятий находились на границе между средним и высоким уровнем.

По показателю уровня перфекционизма по интегральной шкале П. Хьитта и Г. Флетта на начало эксперимента в КГ у девушек среднеарифметический показатель составлял – 233,1 балла, в конце – 223.

В КГ юношей аналогичный показатель составил 239,55 балла, в конце – 239,25.

По показателю уровня перфекционизма по интегральной шкале П. Хьитта и Г. Флетта на начало эксперимента в ЭГ девушек среднеарифметический показатель составлял 239,35, в конце – 215,7балла. Динамика в сторону снижения на конец эксперимента составила 23,65 балла.

По показателю уровня перфекционизма по интегральной шкале П. Хьитта и Г. Флетта на начало эксперимента в ЭГ юношей составляла 239, 5, в конце – 204,05 балла. Динамика в сторону снижения на конец эксперимента составила 35,45 балла.

Заключение. Перфекционизм как свойство психики человека представляет собой очень многогранное явление, в основе которого, с одной стороны, лежит стремление к самосовершенствованию, и аутодеструктивный, невротический

характер, с другой.

В результате проведенного исследования установлена взаимосвязь в динамике снижения уровня невротизации и перфекционизма у каждого испытуемого ЭГ у юношей и девушек.

Проведенный комплекс психолого–педагогических мероприятий может быть применен в рамках учебного процесса для коррекции отрицательных последствий невротического перфекционизма, что подтверждается результатами проведенного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер А. Понять природу человека / пер. с англ. Е.А. Цыпина. СПб.: Академический проект, 1997. 320 с.
2. Асмолов А.Г. Психология личности. М: Академия, 2007. 528 с.
3. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журн. 2001. № 4. С. 18–48
4. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьитта и Г. Флетта // Психологический журн. 2006. Т. 27. № 6. С. 73–89
5. Валента М., Полинек М. Драматерапия. М.: Когито Центр, 2015. 253 с.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Самара: Бахрах-М, 1998. 672 с.
7. Фрейд З. Я и Оно. По ту сторону принципа удовольствия. М.: АСТ, Астрель, Neoclassic, 2011. 160 с.
8. Фрост Р. Сравнение двух показателей перфекционизма // Личность и индивидуальные различия. 1993. Т. 14. № 1. С. 119–126.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Консультативная психология и психотерапия. 2004. № 1. С. 18–35.
10. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / А.И. Фет. Собрание переводов, 2016. 185 с.
11. Hamachek D. 19. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism // Psychology. 1978. №. 15. P. 27–33.
12. Юнг К. Феномен самости. М.: АСТ, 2020. 224 с.
13. Ясная В.А., Ениколопов С.Н. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 2007. № 4. С. 25 – 47.

REFERENCES

1. Adler A. Ponyat` prirodu cheloveka / per. s angl. E.A. Czy`pina. SPB.: Akademicheskij proekt, 1997. 320 s.
2. Asmolov A.G. Psikhologiya lichnosti. M: Akademiya, 2007. 528 s.
3. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Perfekczionizm, depressiya i trevoga // Moskovskij psikhoterapevticheskij zhurn. 2001. # 4. S. 18–48
4. Gracheva I.I. Adaptacziya metodiki «Mnogomernaya shkala perfekczionizma» P. Kh`itta i G. Fletta // Psikhologicheskij zhurn. 2006. T. 27. # 6. S. 73–89
5. Valenta M., Polinek M. Dramaterapiya. M.: Kogito Czentr, 2015. 253 s.
6. Rajgorodskij D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Samara: Bakhrakh-M, 1998. 672 s.
7. Frejd Z. Ya i Ono. Po tu storonu princzipa udovol`stviya. M.: AST, Astrel`,

Neoclassic, 2011. 160 s.

8. Frost R. Sravnenie dvukh pokazatelej perfekczionizma // Lichnost` i individual`ny`e razlichiya. 1993. T. 14. # 1. S. 119-126.

9. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Narczissizm, perfekczionizm i depressiya // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2004. # 1. S. 18-35.

10. Khorni K. Nevroticheskaya lichnost` nashego vremeni / A.I. Fet. Sobranie perevodov, 2016. 185 s.

11. Hamachek D. 19. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism // Psychology. 1978. #. 15. R. 27–33.

12. Yung K. Fenomen samosti. M.: AST, 2020. 224 s.

13. Yasnaya B.A., Enikolopov C.H. Perfekczionizm: istoriya izucheniya i so-vremennoe sostoyanie problemy` // Voprosy` psikhologii. 2007. # 4. S. 25 – 47.

Yu.V. Andryushchenko

PERFECTIONISM AS A COMPONENT OF NEUROSIS IN ADOLESCENTS

Pacific State University (Khabarovsk).

Summary. The article presents generalized data on the phenomenon of perfectionism as a component of neurosis in adolescents, as well as some ways to correct it. The neg Andryushchenko Yulia Vladimirovna, Pacific State University, Khabarovsk Perfectionism as a component of neurosis in adolescents Abstract. The article presents generalized data on the phenomenon of perfectionism as a component of neurosis in adolescents, as well as some ways to correct it. The negative and positive aspects of this phenomenon are revealed. The inner world of an individual, as well as their response to external events, is the core of the study from the perspective of psychological and pedagogical theory and practice. Perfectionism as one of the components of the inner world, represents one of the behavioral forms in a person. A special place in this context is occupied by the category of teenagers, because the acquisition of social experience and interpersonal interaction are in the stage of improvement, and the inflated requirements for others and oneself can sometimes be harmful to these conditions.

Keywords: teenager, perfectionism, neurosis, educational process.

УДК 616.89-02-07; 616.89-02-082.8

Ю.А. Пичугина, И.В. Забигулина, М.А. Березовская, О.С. Юков,
Т.В. Коробицина, Д.П. Армутова, Н.А. Афанасьева

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА ПЕРИОД 2019-2024 ГОДОВ:

АНАЛИЗ ОФИЦИАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ТЕНДЕНЦИЙ

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» (Красноярск).

Резюме. В статье представлен анализ динамики и структуры распространенности психических расстройств среди населения Красноярского края за период с 2019 по 2024 год. Исследование основано на данных официальной медицинской статистики, отчетах Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1 и Министерства здравоохранения Красноярского края. Выявлены ключевые тенденции: общий рост числа зарегистрированных пациентов, изменение структуры расстройств с увеличением доли непсихотических нарушений (тревожных, депрессивных, стрессовых), влияние пандемии COVID-19 на обращаемость за психиатрической помощью. Особое внимание уделено эпидемиологии среди детско-подросткового населения.

Ключевые слова: психические расстройства, распространенность, Красноярский край, эпидемиология, тревожные расстройства, депрессия, психическое здоровье детей и подростков.

Введение. Психическое здоровье населения является критически важным индикатором социального благополучия и эффективности системы здравоохранения. Красноярский край, как один из крупнейших и социально-экономически разнородных субъектов РФ с сочетанием промышленных центров, удаленных северных территорий и сельских районов, представляет особый интерес для эпидемиологических исследований. Мониторинг динамики психических расстройств за последние годы, включая период пандемии COVID-19, позволяет оценить адаптационные ресурсы населения и системы здравоохранения, а также спланировать адресные вмешательства.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных за 2019-2024 гг. по следующим источникам:

1. Отчетные формы федерального статистического наблюдения.
2. Официальные отчеты Министерства здравоохранения Красноярского края.
3. Публичные отчеты и данные КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1».
4. Данные Росстата по численности населения края.

Рассчитывались показатели общей (все зарегистрированные случаи) и первичной заболеваемости на 100 тыс. населения, анализировалась структура расстройств по основным диагностическим рубрикам МКБ-10.

Результаты

Общая информация. Красноярский край занимает площадь 2339,7 тыс. кв. км, в его структуру входит 68 административно-территориальных единиц. Численность населения края на 2024 г. составила 2845545 человек, в том числе городского населения – 2264708 человек (79,6%), сельского – 580837 человек (20,4%). Численность населения Красноярского края за последние 30 лет неуклонно снижается – с 3038600 в 1990 г. до 2845545 в 2024 г., что составило 6,4% снижения.

1. Общая динамика распространенности. Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в крае в 2024 г. – 2615,1 случая на 100 тысяч человек населения, что ниже среднего по РФ (2024 г. – 2641,1 случая на 100 тысяч человек населения) и значительно ниже среднего показателя по сибирскому федеральному округу (СФО) (2024 г. – 3040,2 случая на 100 тысяч человек населения).

Количество больных психическими расстройствами всех возрастных групп населения составляет по Красноярскому краю 74414 человек (2,6% населения края (2023 г. – 75248 человек), в том числе 25076 детей и подростков (2023 г. – 25335 человек).

2. Структура диагнозов.

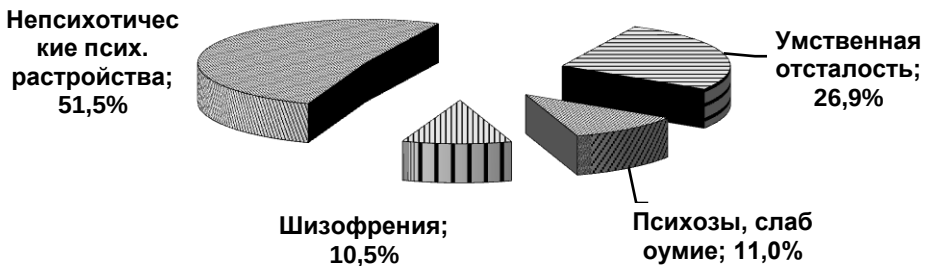


Рисунок 1. Структура заболеваемости психическими расстройствами в Красноярском крае в 2024 г.

В Красноярском крае в 2024 году наблюдается снижение количества больных, страдающих различными формами психических расстройств и расстройств поведения. Показатель психозов, в том числе шизофрении и непсихотических психических расстройств, остаются ниже среднего по РФ и СФО. В пятилетнем периоде отмечается снижение общей заболеваемости умственной отсталостью на 23,7 %, но показатель по-прежнему превышает общероссийский (в РФ – 549,1 случая на 100 тысяч человек населения) и ниже показателя по СФО – 752,1 случая на 100 тысяч человек населения, в Красноярском крае – 702,8 случая на 100 тысяч человек населения [4, 5].

3. Влияние пандемии COVID-19 (2020-2022 гг.). Период пандемии стал катализатором роста обращаемости по поводу расстройств адаптации, тревожных и депрессивных реакций. Зафиксирован пик первичной обращаемости в 2021-2022 гг. Отмечалось увеличение числа случаев соматоформных и панических расстройств. Система психиатрической помощи оперативно адаптировалась, расширив возможности телефонов доверия и онлайн-консультаций [3, 6].

4. Детско-подростковое население (0-17 лет). Заболеваемость и распространенность психических расстройств среди детско-подросткового населения представляет особый интерес [1, 2]. В 2024 г. в группах консультативно-лечебного и диспансерного наблюдения состоят 14666 детей, или 2741,0 случая на 100 тысяч детского населения (2023 г. – 15061 ребенок, или 2792,0 случая на 100 тысяч детского населения). В 2024 г. в группах консультативно-лечебного и диспансерного наблюдения наблюдаются 4260 подростков, или 4490,0 случая на 100 тысяч подросткового населения (2022 г.– 4251 человек, или 4609,9 случая на 100 тысяч подросткового населения).

Таблица 1.

Динамика численности населения и охвата диспансерным наблюдением

Показатель	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Динамика (2019→2024)
Детско-подростковое население (0–17 лет), абс. (N)	532 411	528 950	526 200	524 100	522 900	521 840	- 10 571 чел. (-2.0%)
Общая численность пациентов на учете (распространенность), абс.	12 485	13 265	14 420	14 980	15 102	15 010	+ 2 525 чел. (+20.2%)
Общая распространенность (на 100 тыс. детского населения)	2345,7	2507,1	2741,2	2857,8	2888,5	2876,4	+ 530,7 (+22.6%)
Число впервые выявленных случаев за год (заболеваемость), абс.	3 122	3 315	3 690	3 802	3 845	3 873	+ 751 чел. (+24.1%)
Первичная заболеваемость (на 100 тыс.)	586,3	626,5	701,3	725,5	735,3	742,1	+ 155,8 (+26.6%)

Рост абсолютного числа пациентов на 2 525 человек при одновременном сокращении общей популяции детей на 10,5 тысяч свидетельствует о значительном увеличении реальной нагрузки на службу.

Таблица 2.

Абсолютная структура первичной заболеваемости по классам МКБ-10

Класс МКБ-10 (Диагноз)	2019 г. (абс.)	2024 г. (абс.)	Рост/снижение (абс., %)
F80-F89 (Расстройства психологического развития)	1 136	1 479	+ 343 (+30.2%)
<i>в т. ч. F84 (Расстройства аутистического спектра)</i>	498	781	+ 283 (+56.8%)
F40-F48 (Невротические, связанные со стрессом расстройства)	782	1 211	+ 429 (+54.9%)
<i>в т. ч. F41 (Тревожные расстройства)</i>	321	587	+ 266 (+82.9%)
<i>в т. ч. F43 (Реакция на стресс)</i>	298	452	+ 154 (+51.7%)
F90-F98 (Поведенческие и эмоциональные расстройства детского возраста)	589	717	+ 128 (+21.7%)
<i>в т. ч. F90 (Гиперкинетические расстройства)</i>	312	365	+ 53 (+17.0%)
F30-F39 (Аффективные расстройства)	119	228	+ 109 (+91.6%)
<i>в т. ч. F32 (Депрессивный эпизод)</i>	78	162	+ 84 (+107.7%)
F20-F29 (Шизофрения и бредовые расстройства)	95	102	+ 7 (+7.4%)
F10-F19 (Расстройства вследствие употребления ПАВ)	215	187	- 28 (-13.0%)

Абсолютный лидер роста – класс F40-F48 (прирост 429 новых случаев в год). Наибольшие темпы роста в процентах – у аффективных расстройств (F30-F39), хотя в абсолютных числах их доля пока меньше.

Таблица 3.

Показатели по возрастно-гендерным группам (первичной заболеваемости, 2024 г.)

Группа	Всего случаев (абс.)	Из них девочки (абс.)	Из них мальчики (абс.)	Соотношение Д:М
0–14 лет (дети)	2 458	1 012 (41.2%)	1 446 (58.8%)	1:1.43
15–17 лет (подростки)	1 415	852 (60.2%)	563 (39.8%)	1.51:1
Из них подростки с F32, F33, F40-F43	632	456 (72.2%)	176 (27.8%)	2.59:1

В подростковом возрасте впервые выявляется больше пациенток женского пола (852 против 563). Гендерный дисбаланс особенно выражен для тревожно-

депрессивных расстройств: среди 632 новых подростков с этой патологией 456 – девочки.

Отмечается рост числа детей с расстройствами аутистического спектра (F84): +283 новых случая в год к 2024 г., что может говорить о необходимости развития сети коррекционных и реабилитационных центров.

Рост на 429 случаев в год по классу невротических расстройств (F40-F48), указывает на обращение к системе образования и социальной защиты по созданию массовых психопрофилактических программ.

Гендерный разрыв в подростковом возрасте (на 289 больше новых случаев у девочек) требует разработки целевых программ помощи именно для этой группы.

5. Региональные особенности. Отмечается значительный разрыв в показателях между г. Красноярском (с наиболее развитой инфраструктурой помощи) и удаленными территориями (Эвенкийский, Таймырский районы, северные поселки). В последних сохраняется проблема доступности специализированной помощи, компенсируемая выездными бригадами и телемедицинскими технологиями, внедряемыми в крае.

В Красноярском крае в 2024 г. по отношению к 2019 г. отмечается снижение показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами на 9,6%. Показатели первичной заболеваемости с непсихотическими психическими расстройствами и умственной отсталостью снижаются, но остаются выше показателей по РФ. Обращает на себя внимание повышение уровня первичной заболеваемости шизофренией, что связано с повышением доступности психиатрической, психотерапевтической помощи и улучшением выявляемости данной категории пациентов, в том числе организация в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, кабинетов медико-психологического консультирования и медико-психологической помощи. При этом первичная заболеваемость пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, составила в 2024 г. 27,2 случая на 100 тысяч человек населения, что ниже показателей по РФ и СФО (РФ – 39,9 случая на 100 тысяч человек населения, СФО – 49,4 случая на 100 тысяч человек населения).

В 2024 г., в сравнении с 2023 г., наблюдается снижение впервые выявленных психических расстройств и расстройств поведения на 3,2%, обращает на себя внимание увеличение случаев данной патологии среди населения трудоспособного возраста на 7,5%, что может быть вызвано социально-бытовыми факторами, а также постковидными осложнениями. В соответствии с Законом РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в контингент амбулаторных больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, наблюдающихся в учреждениях психиатрического профиля, входит группа больных, состоящих на диспансерном наблюдении (Д), и группа, получающая консультативно-лечебную помощь (К). Количество больных, состоящих под диспансерным наблюдением, в 2024 г. по Красноярскому краю снизилось на 2,4% и составило 23077 человек (2023 г. – 23638 человек), из расчета на 100 тысяч человек населения – 810,9 (2023 г. – 829,7). Отмечается рост количества пациентов психиатрического профиля, вхо-

дящих в группу консультативно-лечебного наблюдения, на 5,1% до 40717 человек (2023 г. – 38647 человек), и составляет 1430,9 случая на 100 тысяч человек населения (2023 год – 1 356,4 случая на 100 тысяч человек населения).

Обсуждение. Выявленные тенденции соответствуют общероссийским и мировым трендам: «дестигматизация» обращения за психиатрической помощью, преобладание в структуре диагнозов непсихотической патологии как плата за урбанизацию и скорость жизни, «омоложение» ряда расстройств. Пандемия COVID-19 выступила в роли масштабного стрессового теста.

С целью повышения качества оказания психиатрической помощи населению с 2023 г. в Красноярском крае внедряется приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». В рамках данного приказа внедрены новые структурные подразделения, в частности: в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, функционируют 19 кабинетов медико-психологического консультирования. В данных кабинетах прием ведут медицинские психологи. Всего за 2024 г. обратились в данные кабинеты 20402 человека; открыты 11 кабинетов медико-психологической помощи, в которых в 2024 г. оказана психотерапевтическая/психиатрическая помощь 218771 пациентам; организованы 3 линии «телефона доверия» для оказания экстренной профильной помощи населению края. Открытие данных структурных подразделений позволило обеспечить преемственность между врачами первичной сети (терапевтами, неврологами, эндокринологами, кардиологами) и психиатрической службой края. Внедряются ресурсосберегающие технологии оказания психиатрической помощи с приоритетом амбулаторной службы, вводятся новые методы психосоциального лечения и реабилитации с опорой на общество. Развиваются современные технологии оказания амбулаторной медицинской помощи, выездные формы работы, в частности дневные стационары в городах Красноярск, Ачинск, Минусинск, Лесосибирск, Норильск, Канск. Выстроена оптимальная система преемственности со службой социальной защиты населения края по оперативному взаимодействию при оформлении инвалидов в дома-интернаты психоневрологического профиля. Продолжает развиваться служба социальных работников в психиатрических учреждениях края. Важным направлением является дальнейшее развитие совместной деятельности с органами образования по вопросам психопросвещения, психопрофилактики, ранней диагностики и реабилитации детей с психической патологией.

Заключение. Отмечается снижение показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами на 9,6%. Показатели первичной заболеваемости с непсихотическими психическими расстройствами и умственной отсталостью снижаются, но остаются выше показателей по РФ. Система оказания помощи демонстрирует адаптивность, но требует дальнейшего развития по следующим направлениям:

1. **Усиление превенции и раннего выявления** через первичное звено (участковых терапевтов, педиатров) и образовательные учреждения.

2. Расширение сети непсихиатрической помощи: создание центров психологического здоровья, увеличение штата психотерапевтов и клинических психологов.

3. Интеграция и преемственность: между детской и взрослой службами, между психиатрией, наркологией и соматической медициной.

4. Целевая поддержка северных и удаленных территорий через постоянное укрепление выездных и телемедицинских форм работы. Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение качества жизни пациентов и эффективности новых форм оказания помощи (телепсихиатрия, онлайн-терапия) в условиях Красноярского края.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Соответствие принципам этики. Работа прошла этическую экспертизу (протокол №125/2024 этический комитет ФГБОУ ВО КрасГМУ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д. Психическое здоровье детей и подростков в условиях современных вызовов: новые риски и возможности помощи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. (22). № 1. С. 5–16.

2. Мариничева Г.Н., Гоголева М.Н., Алексеева М.Е. Динамика заболеваемости детей и подростков с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ, за 2015-2020 годы // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи: сб. трудов VI науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 02 декабря 2022 года. СПб.: Б. и., 2022. С. 276-287. EDN GAUUQP.

3. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М. и др. Динамика психопатологической симптоматики во время пандемии COVID-19 в России // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. № 7. С. 90-95. doi: 10.17116/jnevro202112107190 EDN: NWCPXA

4. Семке А.В., Шевченко М.В. Региональные особенности психического здоровья детского населения Сибири (обзор) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 3 (100). С. 84–90.

5. Скрипов В.С., Есина К.М. Комплексная оценка заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в динамике за период 2015-2019 гг. в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2021 № 67 (4). С. 8. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1287/30/lang.ru/> (дата обращения: 12.01.2023)

6. Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р., Шелег Д.А., Савенкова В.И. Организация психиатрической помощи и психические нарушения у жителей стран, находящихся в условиях пандемии COVID-19 2020 г. (обзор литературы) // Вестник Российской академии медицинских наук. 2020. 75 (4). С. 331-339. <https://doi.org/10.15690/vramn1382> EDN: VEWOVA

REFERENCES

1. Dozorczeva E.G., Badmaeva V.D. Psikhicheskoe zdorov'e detej i podroستkov v usloviyakh sovremenny`kh vy`zovov: novy`e riski i vozmozhnosti pomoshhi // Vo-

prosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022. (22). # 1. S. 5–16.

2. Marinicheva G.N., Gogoleva M.N., Alekseeva M.E. Dinamika zabolevaemosti detej i podrostkov s psikhicheskimi rasstrojstvami i rasstrojstvami povedeniya, v tom chisle svyazanny`mi s upotrebleniem psikhoaktivny`kh veshhestv, za 2015-2020 gody` // Sovremennyye problemy` podrostkovoj medicziny` i reproduktivnogo zdorov`ya podrostkov i molodezhi: sb. trudov VI nauch.-prakt. konf., Sankt-Peterburg, 02 dekabrya 2022 goda. SPb.: B. i., 2022. S. 276-287. EDN GAUUQP.

3. Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Bojko O.M. i dr. Dinamika psikhopatologicheskoy simptomatiki vo vremya pandemii COVID-19 v Rossii // Zh. nevrol. i psikhiatr. im. C.C. Korsakova. 2021. T. 121. # 7. S. 90-95. doi: 10.17116/jnevro202112107190 EDN: NWCPXA

4. Semke A.V., Shevchenko M.V. Regional`ny`e osobennosti psikhicheskogo zdorov`ya detskogo naseleniya Sibiri (obzor) // Sibirskij vestnik psikhiiatrii i narkologii. 2018. # 3 (100). S. 84–90.

5. Skripov V.S., Esina K.M. Kompleksnaya ocenka zabolevaemosti psikhicheskimi rasstrojstvami i rasstrojstvami povedeniya v dinamike za period 2015-2019 gg. v Rossijskoj Federaczii [E`lektronny`j resurs] // Soczial`ny`e aspekty` zdorov`ya naseleniya. 2021 # 67 (4). S. 8. URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1287/30/lang,ru/> (data obrashheniya: 12.01.2023)

6. Czy`gankov B.D., Ivanova G.R., Sheleg D.A., Savenkova V.I. Organizacziya psikhiatricheskoy pomoshhi i psikhicheskije narusheniya u zhitelej stran, nakhodyashihhsya v usloviyakh pandemii COVID-19 2020 g. (obzor literatury`) // Vestnik Rossijskoj akademii mediczinskikh nauk. 2020. 75 (4). S. 331-339. <https://doi.org/10.15690/vramn1382> EDN: VEWOVA

**Y.A. Pichugina, I.V. Zabigulina, M.A. Berezovskaya, O.S. Yukov,
T.V. Korobitsina, D.P. Armutova, N. A. Afanasieva**

**PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE KRASNOYARSK
TERRITORY FOR THE PERIOD 2019-2024:
ANALYSIS OF OFFICIAL DATA AND TRENDS**

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky (Krasnoyarsk).

Summary. The article presents an analysis of the dynamics and structure of the prevalence of mental disorders among the population of the Krasnoyarsk Territory for the period from 2019 to 2024. The study is based on official medical statistics, reports from the Krasnoyarsk Regional Neuropsychiatric Dispensary No. 1 and the Ministry of Health of the Krasnoyarsk Territory. Key trends have been identified: a general increase in the number of registered patients, a change in the structure of disorders with an increase in the proportion of non-psychotic disorders (anxiety, depression, stress), the impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric care. Special attention is paid to epidemiology among the child and adolescent population.

Keywords: mental disorders, prevalence, Krasnoyarsk Region, epidemiology, anxiety disorders, depression, mental health of children and adolescents.

П.В. Гришель, Н.С. Лыкова, Е.Е. Антонова
ОСОБЕННОСТИ СТРЕССА И РЕФЛЕКСИВНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ
ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).

Резюме. В исследовании анализируются особенности родительского стресса и рефлексивного функционирования у родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в сравнении с родителями, воспитывающих детей с нормальным темпом психофизического развития. Результаты показывают, что родители, воспитывающие детей с ОВЗ, демонстрируют более высокий уровень стресса, сниженное чувство контроля и меньшую удовлетворенность родительской ролью. Выявлена устойчивая обратная связь между уровнем рефлексивного функционирования (интерес, уверенность) и родительским стрессом.

Ключевые слова: родительский стресс, родительское рефлексивное функционирование, дети с ограниченными возможностями здоровья, ментализация.

Система оказания помощи детям с ОВЗ включает в себя прежде всего медицинскую, психолого-педагогическую реабилитацию самого ребенка. Однако эффективность реабилитации, формирование личности и социализация ребенка во многом зависят от психологического благополучия ближайшего окружения и в первую очередь - родителей.

Воспитание ребенка с ОВЗ сопряжено с необходимостью решения ряда задач (медицинских, образовательных, социальных, финансовых и др.), с переживанием эмоциональных состояний (горя, чувства вины и др.), что приводит к высокому уровню стресса у родителей. Родительский стресс можно определить как комплекс негативных реакций, возникающих в ответ на требования к выполнению родительской роли. Иными словами, родительский стресс - результат несоответствия между восприятием требований родительства и восприятием наличных ресурсов у родителей. Источником этого несоответствия могут быть особенности детей и особенности родителей. К этим особенностям относятся пол и возраст ребенка, особенности его развития, проблемы поведения, особенности здоровья родителей, социально-демографические характеристики, поддержка со стороны близких [1, 3, 4, 5]. При этом нужно различать родительский стресс и стрессовое родительство, при котором стресс вызван внешними по отношению к родительству факторами: проблемы на работе, финансовые сложности и т. д. [9].

Родительский стресс негативно влияет на субъективное благополучие родителей: его эмоциональные и когнитивные составляющие [22]. При этом негативное влияние стресса не связано с полом родителя, возрастом, с семейным статусом [1]. Так, потенциальные стрессовые факторы одинокого родительства

смягчаются социальной поддержкой от расширенной семьи и друзей. Родительский стресс и психологическое благополучие не связаны с полом и возрастом детей. При этом родительский стресс оказывает одинаково негативное влияние как на родителей, воспитывающих детей с особенностями в развитии, так и на нормативно развивающихся детей. Однако, родители детей с ОВЗ сообщают о более высоком уровне родительского стресса и конфликтов между родителями, а также о меньшей удовлетворенности отношениями по сравнению с родителями детей с нормативным развитием [21].

Также родительский стресс влияет на развитие интернализованных поведенческих проблем у детей раннего возраста (2-5 лет), в то время как в раннем подростковом возрасте имеются двунаправленные взаимосвязи и связи, инициированные ребенком, между родительским стрессом и экстернализованными поведенческими проблемами [14]. Родительский стресс тесно связан с экстернализованными проблемами поведения у детей. При этом уровень стресса выше у родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра (РАС), чем у родителей, воспитывающих детей из других клинических групп [7, 17]. При этом в ряде исследований отмечается, что у родителей, воспитывающих детей с разными вариантами дизонтогенеза, выявляется схожий уровень родительского стресса. Так, например, у родителей, воспитывающих детей с РАС, и родителей, воспитывающих детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), не выявлено различий в уровне стресса, что может быть связано не только с диагнозом ребенка, но и сопутствующими поведенческими трудностями. Кроме того, имеется связь между чертами РАС и СДВГ у матерей, психосоциальным развитием ребенка и уровнем родительского стресса [10].

Если говорить о других клинических группах, например, о родителях, воспитывающих детей с кохлеарной имплантацией, то родительский стресс, как отмечают авторы, связан с тревожностью, замкнутостью, проблемах со сверстниками и экстернализованным поведением у детей [6].

В целом результаты исследований отмечают негативное влияние родительского стресса на психическое здоровье родителей. В частности, матери и отцы, воспитывающие детей с РАС, сообщающие о высоком уровне родительского стресса, используют эмоциональное переживание в качестве стратегии совладания с негативными эмоциями, что может приводить к высокому риску развития сахарного диабета. При этом для матерей, в отличие от отцов, характерно экстернальное пищевое поведение [26]. Одновременно с этим, матери сообщают о высоком уровне родительского стресса по сравнению с отцами, что может объясняться, разным временем отведенным на работу и уходом за ребенком. Так матери детей проводящие больше времени в ребенком, чаще сталкиваются с нежелательным поведением детей по сравнению с отцами работающими полный рабочий день [10]. При этом, с ростом трудовой занятости у матерей снижается ощущение своей некомпетентности и ограничения от роли родителя, ниже требовательность к ребенку, а также ниже общий показатель родительского стресса [1]. Матери детей старшего возраста испытывают большую социальную изоляцию, что связано с усилением трудновоспитуемости ребенка, а также вре-

менем, которое необходимо для постановки диагноза, когда ребенок и семья не получают необходимой поддержки [10].

Ментализация, или рефлексивное функционирование определяется как способность воспринимать себя и окружающих через осмысление психических состояний, таких как чувства желания, стремления, установки, цели [2, 19, 23, 24].

Рефлексивное функционирование выполняет функции самопознания, эмоциональной саморегуляции, осознания внутреннего опыта и построения социальных отношений. Таким образом психические состояния являются основой понимания как своего собственного поведения, так и поведения другого человека [19, 23, 24]. Важно подчеркнуть, рефлексивное функционирование означает не только распознавание эмоций, но и способность связывать психические состояния с поведением. Иными словами, у каждого человека есть внутренняя модель собственного «Я» и модель «Другого», концепция внутреннего мира Другого, на основе которой люди выстраивают межличностное взаимодействие [23, 24].

В контексте родительства это означает, что родитель обладает внутренней рабочей моделью себя как «Родителя», которая основана на представлениях о ребенке и его психическом опыте. Благодаря этой модели становится возможным осознавать и регулировать внутренний мир и поведение своего ребенка [23, 24].

Как следует из всего сказанного, родительское рефлексивное функционирование подразумевает как непосредственное взаимодействие родителя и ребенка, так и представления родителя о ребенке, о его внутреннем мире. Соответственно, способность родителя к точному ментальному моделированию может быть нарушена как из-за особенностей родителя, так и из-за особенностей ребенка, что, свою очередь, может оказывать влияние на психосоциальное и когнитивное развитие ребенка.

Исследования показывают, что способность родителя воспринимать ребенка как индивидуальность, обладающую собственным внутренним миром, связана с меньшим уровнем родительского стресса. Родители, использующие больше описаний, которые отражают психическое состояние своих детей, испытывают меньший уровень стресса. При этом родители, воспитывающие детей с РАС, СДВГ, синдромом Дауна, склонны к негативным описаниям психических состояний ребенка по сравнению с родителями нормативно развивающихся детей, что, в свою очередь, приводит к высокому уровню родительского стресса [15].

Исследования родительского рефлексивного функционирования в группах детей с РАС показали взаимное влияние рефлексивного функционирования и выраженность эмоционально-поведенческих расстройств у детей. В частности, поведенческие трудности у ребенка могут со временем усиливать склонность родителей приписывать детям неадекватные чувства и намерения и, таким образом, снижать родительское рефлексивное функционирование [8]. Кроме этого родительское рефлексивное функционирование, а именно уверенность в отношении психического состояния ребенка, связано с тяжестью симптомов функциональных соматических расстройств у детей (головные боли, боли в животе, головокружение и т. д.). Иными словами, такие родители испытывают трудности с интерпретацией эмоциональных состояний, стоящих за невербальными

или физическими сигналами ребенка [11].

Развитое рефлексивное функционирование позволяет родителям лучше понимать особенности поведения детей, с большей чувствительностью отзываться на сигналы, которые подает ребенок, и таким образом смягчать последствия родительского стресса, что, в свою очередь, уменьшает проблемное поведение ребенка [28].

В связи с этим наша работа решает две задачи. Первая: выявить различия в уровне стресса и рефлексивного функционирования у родителей детей с ОВЗ и родителей детей без ограничений. Вторая: выявить взаимосвязь родительского стресса и рефлексивного функционирования.

Методы исследования. Опросник «Родительское рефлексивное функционирование» (ОРРФ) П. Лайтена и коллег (адаптация О.А. Камской, М.А. Одиновой, Н.П. Радчиковой и Е.В. Гуровой). Оригинальный опросник был сформулирован на основе концепций П. Фонаги и А. Слэйд и состоит из трех шкал: предрефлексия (ПР); интерес и любопытство (ИЛ); уверенность (Ув) [2].

Опросник «Шкала родительского стресса» (PSS) Дж.О. Берри и У.Х. Джонса (адаптация Ю.В. Мисюк и И.В. Тихоновой). В основе методики лежит ресурсная модель стресса С. Хобфолла и фокусируется не на источниках стресса, а на восприятии людьми своей родительской роли. Методика включает четыре субшкалы: «Родительское вознаграждение» (шкала является обратной); «Родительские стрессоры»; «Потеря контроля»; «Родительская удовлетворенность» [4].

Для статистической обработки данных использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Манна-Уитни, методы описательной статистики. Анализ данных производился в программе Jamovi ver. 2.6.

Участники исследования. В исследовании приняли участие 43 человека, из них родители, воспитывающие детей с нормальных темпом психофизического развития - 19 человек, родители детей с ОВЗ - 24 человека. Группу родителей, воспитывающих детей с ОВЗ составили: родители детей с РАС - 8 человек (РАС с легкой умственной отсталостью), родители детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата - 16 человек (детский церебральный паралич: спастическая диплегия — 6 человек, атонически-астатическая форма, атаксический синдром — 1, правосторонний гемипарез — 4 чел; несовершенный остеогенез — 2; spina bifida — 2; липоменингомиелорадикулоцеле — 1).

Пол родителей — 39 женщин и 4 мужчин, возраст родителей: от 28 до 55 лет (средний 40 лет, медиана - 41). Возраст детей: от 7 лет до 12 лет (средний 9 лет, медиана 10 лет), пол детей: 19 девочек, 24 мальчика. Больше одного ребенка воспитывают 26 участников исследования, 17 человек воспитывают одного ребенка. В полных семьях воспитываются 37 детей, в неполных 6. Статус занятости родителей: работают 32 человека, не работают 11 человек.

Процедура исследования. Исследование проходило в онлайн-формате. Участники исследования заполняли гугл-форму с опросниками, разосланную по электронной почте.

Гипотезы исследования. Гипотеза 1: имеются различия в уровне родительского рефлексивного функционирования и родительского стресса в группах

родителей, воспитывающих детей с ОВЗ и родителей, воспитывающих детей с нормальных темпом психофизического развития. Гипотеза 2: имеется взаимосвязь между уровнем родительского рефлексивного функционирования и уровнем родительского стресса.

Анализ и интерпретация результатов исследования. Описательная статистика для основных переменных по всей выборке представлена в табл. 1

Таблица 1.

Описательная статистика для основных переменных по всей выборке

	N	Среднее	Медиана	SD
Родительский ущерб	43	7.79	7.00	2.73
Родительские стрессоры	43	15.81	16.00	4.76
Потеря контроля	43	9.05	9.00	3.17
Родительская неудовлетворенность	43	4.70	4.00	1.93
Вопрос не включенный в шкалы	43	8.26	8.00	1.81
Общий балл	43	45.60	46.00	12.16
Предрефлексия (ПР)	43	2.62	2.80	1.11
Уверенность (Ув)	43	4.33	4.50	1.00
Интерес и любопытство (ИЛ)	43	5.94	6.00	0.88

Описательная статистика для основных переменных в зависимости от наличия в семье ребенка с ОВЗ представлена в табл. 2.

Таблица 2.

Описательная статистика для основных переменных в зависимости от наличия в семье ребенка с ОВЗ

	Группа	N	Среднее	Медиана	SD
Родительский ущерб	Норма	19	6.84	5.00	2.27
	ОВЗ	24	8.54	8.50	2.87
Родительские стрессоры	Норма	19	14.63	15.00	4.00
	ОВЗ	24	16.75	16.50	5.17
Потеря контроля	Норма	19	7.74	8.00	2.51
	ОВЗ	24	10.08	10.50	3.30
Родительская неудовлетворенность	Норма	19	4.37	4.00	1.64
	ОВЗ	24	4.96	4.00	2.14
Вопрос не включенный в шкалы	Норма	19	8.05	8.00	1.87
	ОВЗ	24	8.42	8.00	1.79
Общий балл	Норма	19	41.63	41.00	8.93
	ОВЗ	24	48.75	49.00	13.58
Предрефлексия (ПР)	Норма	19	2.31	2.20	0.89
	ОВЗ	24	2.88	3.00	1.21
Уверенность (Ув)	Норма	19	4.50	4.60	1.09
	ОВЗ	24	4.20	4.00	0.94
Интерес и любопытство (ИЛ)	Норма	19	6.19	6.40	0.70
	ОВЗ	24	5.75	6.00	0.97

Опросник Шкала родительского стресса не имеет четко установленных норм, итоговый общий балл родительского стресса находится в диапазоне от 18 (низкий уровень) до 90 баллов (высокий уровень) [2]. Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о повышенном уровне родительского стресса в общем по выборке и высоком уровне родительского стресса в группе родителей детей с ОВЗ по сравнению с группой родителей нормативно-развивающихся детей.

Что касается результатов опросника «Родительское рефлексивное функционирование», то высокий уровень родительского рефлексивного функционирования описывается как сочетание низких баллов по шкале «Предрефлексия» и средних и высоких баллов по шкалам «Уверенность» и «Интерес и любопытство». В целом по выборке, в соответствии с данными, приведенными в работе О.А. Камской и соавт [4], выраженность шкалы «Предрефлексия» находится на высоком уровне, выраженность шкалы «Уверенность» на среднем уровне, выраженность шкалы «Интерес и любопытство» также на среднем уровне. В группе родителей, воспитывающих детей с ОВЗ наблюдаются высокие баллы по сравнению с родителями нормативно развивающихся детей по шкале Предрефлексия, средние баллы по шкалам «Интерес и любопытство» и «Уверенность», что указывает на трудности родителей в понимании субъективного мира детей.

Для проверки гипотезы о различиях в уровне родительского рефлексивного функционирования и родительского стресса в группах родителей, воспитывающих детей с ОВЗ и родителей, воспитывающих детей нормальных темпом психофизического развития, был использован критерий Манна-Уитни. В табл. 3 представлены результаты проверки гипотезы.

Таблица 3.

Результаты анализа при помощи критерия Манна-Уитни

Переменная	Значение критерия	p
Родительский ущерб	142.00	0.033
Потеря контроля	125.00	0.012
Общий балл	157.50	0.087

Значимые различия были выявлены для шкал «Родительский ущерб» и «Потеря контроля», различия же в общем балле родительского стресса выявлены на уровне тенденции. Таким образом, наша гипотеза подтвердилась частично. В исследованной группе родители детей с ОВЗ испытывают меньше удовольствия от исполнения родительской роли, что сопровождается чувством потери контроля за собственной жизнью и повышенным уровнем родительского стресса по сравнению с родителями нормативно развивающихся детей.

Для проверки гипотезы о взаимосвязи родительского рефлексивного функционирования с уровнем родительского стресса был использован критерий Спирмена. Значимые взаимосвязи представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Результаты корреляционного анализа

	Предрефлексия (ПР)	Уверенность (Ув)	Интерес и любопытство (ИЛ)
Родительский ущерб	0.31*	-0.53***	-0.51***
Родительские стрессоры	0.47**	-0.42**	
Потеря контроля	0.48**	-0.44**	
Родительская неудовлетворенность		-0.42**	-0.35*
Неучтенный вопрос	0.32*		
Общий балл	0.45**	-0.50***	-0.30*

Примечание. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Таким образом, родители проявляющие больше интереса к психическим состояниям своих детей, убежденные в том, что их мысли относительно состояния ребенка верны и допускающие непрозрачность таких состояний, испытывают меньший уровень стресса, больше удовлетворены собой как родителем, получают больше удовольствия от общения с ребенком и чувствуют больший контроль за собственной жизнью. В то время как трудность понимания внутреннего мира ребенка, склонность приписывать им неадекватные чувства и намерения сопровождаются чувством утраты контроля за собственной жизнью, переживанием недостаточности ресурсов для выполнения требования родительской роли и высоким уровнем родительского стресса.

Полученные нами результаты согласуются с данными зарубежных исследований. Например, в работе Т. Lindström [16] показано, что родители, воспитывающие ребенка с ОВЗ сообщают о высоком родительском стрессе по сравнению с родителями, воспитывающими детей с нормальных темпом психофизического развития. В целом анализ исследований показывает, что родители детей с ОВЗ испытывают больший уровень родительского стресса по сравнению с родителями нормативно развивающихся детей независимо от принадлежности ребенка к нозологической группе. Например, в обзоре К.А. Ким и Р.В. Кадырова [3] показано, что уровень стресса родителей детей с детским церебральным параличом значимо выше по сравнению с родителями нормативно развивающихся детей и связан с неравномерным распределением родительских обязанностей, проблемами со здоровьем родителей, социальная изоляцией и чувством вины [3]. Схожая картина наблюдается в случае родителей детей с синдромом Дауна, чей уровень стресса также выше. При этом уровень родительского стресса не связан с социо-демографическими характеристиками родителей: доходом, возрастом, уровнем образования, но связан со статусом занятости — работающие матери сообщают о низком уровне стресса по сравнению с неработающими [12]. Аналогичные результаты наблюдаются и в случае родителей детей с РАС [27]. При этом исследователи подчеркивают, что родительский стресс связан с тяжестью проявлений эмоционально-поведенческих нарушений у детей [18, 25].

Полученные нами данные также согласуются с исследованиями родительского рефлексивного функционирования. Например, в обзоре Т. Нгуен показано, что родительское рефлексивное функционирование имеет обратные связи с родительским стрессом, способствует улучшению взаимоотношений между родителем и ребенком, а также удовлетворенности от выполнения родительской роли [13]. В крупном китайском исследовании с участием 3000 родителей были выявлены обратные связи между родительским рефлексивным функционированием и уровнем родительского стресса, кроме этого в исследовании было показано, что рефлексивное функционирование опосредует взаимосвязь между родительским стрессом и социально-эмоциональной компетентностью детей и таким образом помогает справиться с негативными переживаниями и уменьшить родительский стресс [28]. При этом наибольший вклад в родительский стресс вносит предрефлексия как склонность приписывать детям неблагоприятные намерения и негативные мысли и эмоции [12].

Выводы и заключение. Наше исследование выявило, что родители детей с ОВЗ испытывают меньше удовольствия от исполнения родительской роли, что сопровождается чувством потери контроля за собственной жизнью и большим уровнем родительского стресса по сравнению с родителями нормативно развивающихся детей.

Наше предположение о различиях в уровне рефлексивного функционирования у родителей, воспитывающих детей с нормальным темпом психофизического развития, и родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, не нашло своего подтверждения

Выявленные нами взаимосвязи между родительским стрессом и рефлексивным функционированием позволяют говорить, что рефлексивное функционирование благотворно сказывается на психологическом благополучии родителей и, как результат, детей и может служить буфером, уменьшающим воздействие стрессовых факторов на родителей, что согласуется с данными зарубежных исследователей.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение специфики родительского стресса и родительского рефлексивного функционирования в зависимости от принадлежности к ребенка нозологической группе, а также с учетом социально-демографических факторов (пол и возраст родителей и детей, состав семьи и т. д.)

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В.Е., Савенышева С.С., Заплетина О.О. Родительский и повседневный стресс у матерей детей раннего и дошкольного возраста // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 4. С. 27–48. doi 10.17759/cpp.2021290403.
2. Камская О.А., Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Гурова Е.В. Опросник «Родительское рефлексивное функционирование»: адаптация на русскоязычной выборке // Современная зарубежная психология. 2023. Т. 12. № 3. С. 126–136.
3. Ким К.А., Кадыров Р.В. Родительский стресс и воспитание ребенка с детским церебральным параличом: обзор зарубежных исследований // Клиниче-

ская и специальная психология. 2022. Т. 11, № 4. С. 1–29. doi 10.17759/cpse.2022110401.

4. Мисиюк Ю.В., Тихонова И.В. Русскоязычная версия «Шкалы родительского стресса»: результаты первичной оценки внутренней надежности и валидности // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. № 9 (101). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/russkoyazychnaya-versiya-shkaly-roditelskogo-stressa-rezultaty-pervichnoy-otsenki-vnutrenney-nadezhnosti-i-validnosti> (дата обращения: 15.09.2025).

5. Савенышева С.С., Аникина В.О., Мельдо Э.В. Факторы родительского стресса матерей детей раннего и дошкольного возраста: анализ зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. 019. Т. 8, № 4. С. 38–48. doi 10.17759/jmfp.2019080404.

REFERENCES

1. Vasilenko V.E., Saveny`sheva S.S., Zapletina O.O. Roditel`skij i povsednevny`j stress u materej detej rannego i doshkol`nogo vozrasta // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2021. Т. 29. # 4. С. 27–48. doi 10.17759/cpp.2021290403.

2. Kamskaya O.A., Odinczova M.A., Radchikova N.P., Gurova E.V. Oprosnik «Roditel`skoe refleksivnoe funkczionirovanie»: adaptaczia na russkoyazy`chnoj vy`borke // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2023. Т. 12. # 3. С. 126–136.

3. Kim K.A., Kady`rov R.V. Roditel`skij stress i vospitanie rebenka s detskim czerebral`ny`m paralichom: obzor zarubezhny`kh issledovanij // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2022. Т. 11, # 4. С. 1–29. doi 10.17759/cpse.2022110401.

4. Misiyuk Yu.V., Tikhonova I.V. Russkoyazy`chnaya versiya «Shkaly` roditel`skogo stressa»: rezul`taty` pervichnoj oczenki vnutrennej nadezhnosti i validnosti // Obshhestvo: socziologiya, psikhologiya, pedagogika. 2022. # 9 (101). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/russkoyazychnaya-versiya-shkaly-roditelskogo-stressa-rezultaty-pervichnoy-otsenki-vnutrenney-nadezhnosti-i-validnosti> (data obrashheniya: 15.09.2025).

5. Saveny`sheva S.S., Anikina V.O., Mel`do E`.V. Faktory` roditel`skogo stressa materej detej rannego i doshkol`nogo vozrasta: analiz zarubezhny`kh issledovanij // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 019. Т. 8, # 4. С. 38–48. doi 10.17759/jmfp.2019080404.

6. Alam M.N., Arora K., Gupta A. [et al.] Behavioural Challenges and Parental Stress in Children with Cochlear Implants: A Psychosocial // Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2025. URL: <https://doi.org/10.1007/s12070-025-05761-5> (accessed: 20.10.2025).

7. Barroso N.E., Mendez L., Graziano P.A. [et al.] Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis // J Abnorm Child Psychol. 2018. Vol. 46. P. 449–461. – URL: <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6> (дата обращения: 07.10.2025).

8. Bennett C., Regan D., Dunsmore J.C., King G., Westrupp E.M. Social and Emotional Determinants of Parental Reflective Functioning in a Multinational Sample

// Journal of Family Psychology. 2023. Vol. 37, No. 6. P. 818–829. doi 10.1037/fam0001132.

9. Crnic K.A. Parenting stress and child behavior problems: Developmental psychopathology perspectives // Development and Psychopathology. 2024. Vol. 36, № 5. – P. 2369–2375. doi 10.1017/S0954579424001135.

10. Davidsson M., Oldmark M., Hagberg B. [et al.] Parenting Stress and Neurodevelopmental Disorders: the Associations of Parental Factors and Child Psychosocial Functioning // Journal of Child and Family Studies. 2025. Vol. 34. P. 883–894. URL: <https://doi.org/10.1007/s10826-025-03042-x> (accessed: 20.10.2025).

11. Fostini A., Zaravinos-Tsakos F., Kolaitis G., Giannakopoulos G. Parents' Reflective Functioning, Emotion Regulation, and Health: Associations with Children's Functional Somatic Symptoms // Psychol. Int. 2025. Vol. 7, № 31. doi 10.3390/psycholint7020031.

12. Fucà E., Costanzo F., Ursumando L., Vicari S. Parenting Stress in Mothers of Children and Adolescents with Down Syndrome // J Clin Med. 2022. Vol. 11, № 5. Art. 1188. doi 10.3390/jcm11051188.

13. Huynh T., Kerr M.L., Kim C.N., Fourianalisyawati E., Chang V.Y., Duncan L.G. Parental Reflective Capacities: A Scoping Review of Mindful Parenting and Parental Reflective Functioning // Mindfulness (N Y). 2024. Vol. 15, № 7. P. 1531–1602. doi 10.1007/s12671-024-02379-6.

14. Kochanova K., Pittman L.D., McNeela L. Parenting Stress and Child Externalizing and Internalizing Problems Among Low-Income Families: Exploring Transactional Associations // Child Psychiatry Hum Dev. 2022. Vol. 53. P. 76–88. URL: <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01115-0> (дата обращения: 07.10.2025).

15. Larkin F., Hayiou-Thomas M.E., Arshad Z. [et al.] Mind-Mindedness and Stress in Parents of Children with Developmental Disorders // J Autism Dev Disord. 2021. Vol. 51, No. 2. P. 600–612. doi 10.1007/s10803-020-04570-9.

16. Lindström T., Bergman T.H., Annerstedt M., Forster M., Bölte S., Hirvikoski T. Psychometric Properties of the Parental Stress Scale in Swedish Parents of Children with and without Neurodevelopmental Conditions // Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol. 2024. Vol. 12, № 1. P. 10–22. doi 10.2478/sjcapp-2024-0002.

17. Long, E.E., Carpenter L.A., Klein J. [et al.] Does Parental Mental Health Moderate the Association between Parenting Stress and Child Externalizing Behaviors Among Autistic Children? // Child Psychiatry Hum Dev. 2024. URL: <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01691-5> (дата обращения: 07.10.2025).

18. López-Zamora M., Porcar-Gozalbo N., López-Chicheri García I., Cano-Villagrasa A. Parental Stress, Quality of Life, and Behavioral Alterations in Children with Dyslexia. URL: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5154383>.

19. Luyten P., Campbell C., Allison E., Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions // Annual Review of Clinical Psychology. 2020. Vol. 16. P. 297–325. doi 10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355.

20. Nijssens L., Bleys D., Casalin S. [et al.] Parental Attachment Dimensions and Parenting Stress: The Mediating Role of Parental Reflective Functioning // J Child Fam Stud. 2018. Vol. 27. P. 2025–2036. doi 10.1007/s10826-018-1029-0.

21. Priego-Ojeda M., Rusu P.P. Emotion Regulation, Parental Stress and Family Functioning: Families of Children with Disabilities Vs Normative Families // *Res Dev Disabil.* 2023. Vol. 139. Art. 104548. doi 10.1016/j.ridd.2023.104548.

22. Rusu, P.P., Candel O.S., Bogdan I. [et al.] Parental Stress and Well-Being: A Meta-analysis // *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2025. Vol. 28. P. 255–274. URL: <https://doi.org/10.1007/s10567-025-00515-9> (дата обращения: 07.10.2025).

23. Sharp C., Fonagy P. The Parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology // *Social Development.* 2008. Vol. 17. P. 737–754. doi 10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x.

24. Slade A. Parental reflective functioning: An introduction // *Attachment & Human Development.* 2005. Vol. 7, № 3. P. 269–281. doi 10.1080/14616730500245906.

25. Turda E.S. The Impact of Parental Stress among the Quality of Life of mothers of children with Autism Spectrum Disorder and Down Syndrome // *International Journal of Special Education.* 2023. Vol. 38, № 3. P. 95–106.

26. Van der Lubbe A., Swaab H., Vermeiren R. [et al.] Chronic Parenting Stress in Parents of Children with Autism: Associations with Chronic Stress in Their Child and Parental Mental and Physical Health // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2025. URL: <https://doi.org/10.1007/s10803-025-06736-9> (accessed: 20.10.2025).

27. Yesilkaya M., Magallón-Neri E. Parental Stress Related to Caring for a Child With Autism Spectrum Disorder and the Benefit of Mindfulness-Based Interventions for Parental Stress: A Systematic Review // *Sage Open.* 2024. Vol. 14, № 2. doi 10.1177/21582440241235033.

28. Yu S., Liao M., Liu X., Li Y. The Relationship between Parenting Stress and Preschool Children's Social-Emotional Competence: The Chain Mediating Role of Parental Reflective Functioning and Parent-Child Relationship // *Front Psychol.* 2025. Vol. 16. Art. 1679084. doi 10.3389/fpsyg.2025.1679084.

P.V. Grishhel', N.S. Lykova, E.E. Antonova
EXPLORING THE CHARACTERISTICS OF STRESS
AND REFLECTIVE FUNCTIONING AMONG PARENTS
OF CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS
AND DISABILITIES

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The study analyzes the features of parental stress and reflective functioning in parents of children with disabilities compared to parents of typically developing children. The results show that parents of children with disabilities demonstrate higher levels of stress, a reduced sense of control, lower satisfaction with the parental role. A stable inverse relationship was found between the level of reflective functioning (interest, confidence) and parental stress.

Keywords: parental stress, parental reflective functioning, children with disabilities, mentalization.

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

УДК 616.895:004.8

**А.А. Мухаметшина¹, В.Д. Менделевич¹, А.Г. Жидяевский¹,
Р.Г. Гиниятуллина², Р.Ф. Хакимуллина²****«ИСКУССТВЕННЫЙ ДРУГ»: ГДЕ ПРОХОДИТ ГРАНЬ
МЕЖДУ ПОДДЕРЖКОЙ ПАЦИЕНТА
И ОПАСНЫМ ВЛИЯНИЕМ НА НЕГО?****¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ, ²ГАУЗ Республиканская клиническая
психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева (Казань).**

Резюме. В статье анализируется клинический случай 12-летней Анны, совершившей суицидальную попытку на фоне регулярного общения с ИИ-собеседниками, увлечения «темным» аниме и социальной изоляции. Этот пример иллюстрирует, как формально корректный цифровой диалог может невольно закреплять деструктивные паттерны у подростка с формирующимся пограничным расстройством личности. Для пациентки виртуальная среда использовалась не как способ получить помощь, а как изолированное пространство для монолога, где боль получала отклик, но не находила исцеления. В статье делается вывод, что основной риск кроется не в технологии, а в ее опасном сочетании с индивидуальной психопатологией и отсутствием реальной поддержки.

Ключевые слова: искусственный интеллект, подростковая психопатология, пограничное расстройство личности, цифровая социализация

Искусственный интеллект (ИИ) прочно вошел в повседневность, став ее незаменимой частью: мы доверяем виртуальным ассистентам решение бытовых вопросов, используем языковые модели для рабочих и творческих задач, а умные алгоритмы персонализируют наши привычки, чтобы рационализировать время и пространство вокруг нас. Эволюция технологий привела от простых алгоритмов к сложным нейросетям, которые понимают запросы, поддерживают диалог и дают обоснованные советы [7, 9, 12].

Однако на фоне стремительной интеграции в обществе закономерно нарастает тревога, часто подпитываемая сенсационными заголовками: «ИИ довел подростка до самоубийства», «Чат-бота обвинили в подстрекательстве к убийству». Ставит ли это под сомнение безопасность ИИ? [10]. Ответ не всегда однозначен. Важно понимать, что ИИ, каким бы сложным он ни был, остается инструментом, продвинутой вычислительной моделью без сознания, воли или умысла [4]. Его этическая и социальная роль полностью определяется человеком: разработчиками, которые задают правила, и пользователями, которые их применяют [1].

Чтобы минимизировать риски, разработчики все чаще опираются на этические принципы, вдохновленные «Тремя законами робототехники» Айзека Азимова. На практике эти принципы находят отражение в ряде конкретных мер: системы ИИ оснащаются механизмами строгой фильтрации контента, позволяющими блокировать опасные темы; внедряются превентивные сценарии, предусматривающие

прерывание диалога при обнаружении признаков риска; а также реализуется функция перенаправления пользователей к ресурсам психологической помощи [5].

Так, современные чат-боты способны распознавать маркеры суицидальных настроений или агрессии и автоматически переводить разговор в безопасное русло. Для подростков, которые испытывают одиночество или чувствуют непонимание со стороны окружающих, такие системы могут стать временной опорой - предоставить пространство для диалога без страха осуждения, человеческих предрассудков и эмоциональных реакций. Сегодня подростки могут обратиться к целому спектру цифровых собеседников - от узкоспециализированных терапевтических приложений до универсальных моделей для общения. Среди них такие платформы, как Character.AI, Replika, Gatebox, Nomi, Anima и Talki [11, 15, 16, 17].

Но насколько эффективна эта «безопасная среда» на практике? Несмотря на продуманные защитные механизмы, реальная картина оказывается сложнее. В теории ИИ-собеседники призваны смягчать эмоциональные кризисы, однако в отдельных случаях взаимодействие с ними может усиливать деструктивные паттерны поведения, особенно у уязвимых групп, таких как подростки.

Дело в том, что подростковый возраст сам по себе - период повышенной психологической уязвимости. В это время формируются идентичность, система ценностей, способы совладания со стрессом [6]. При этом цифровые технологии нередко становятся основным пространством социализации. Именно в онлайн-среде подростки ищут ответы на сложные вопросы, экспериментируют с социальными ролями и эмоциями. Когда к этому добавляется доступ к мощным ИИ-инструментам, способным имитировать эмпатию и безоценочное принятие, риски возрастают [14].

Подростки, движимые любопытством или эмоциональным кризисом, нередко находят способы обойти ограничения, например, используя метафоры, эвфемизмы или намеренно искажая формулировки запросов [8, 15]. К этому добавляется иллюзия полного контроля над виртуальным собеседником («можно сбросить чат», «изменить характер бота»), которая формирует ложное ощущение безопасности. Кроме того, контент, потребляемый параллельно с общением с ИИ, например, мрачные аниме-сериалы со сценами насилия, может усиливать у подростка негативное восприятие реальности. В таких условиях чат-бот, даже действуя строго по правилам, рискует стать «соучастником» деструктивного сценария не из-за злонамеренности, а из-за своей ограниченности и неспособности учесть внешний контекст [13].

Чтобы проиллюстрировать, как формально безопасный ИИ-собеседник может опосредованно способствовать и даже усилить кризис в условиях психологической уязвимости, рассмотрим клинический случай.

История 12-летней девочки Анны² показывает не прямую «вину» алгоритма, а парадоксальную ситуацию, когда его нейтральность и доступность стали частью «деструктивной петли», поддерживаемой особенностями формирующегося расстройства личности.

²Имя изменено.

Клинический случай. Девочка поступила в психиатрический стационар неотложно после того, как приняла более 20-таблеток препарата, содержащего магний и пиридоксин. По ее словам, она осознанно выбирала «несмертельную дозу», однако эпизод все равно потребовал медицинского вмешательства и госпитализации в диагностическое отделение Детской клинической больницы. Там было проведено промывание желудка, а после выписки рекомендована консультация психиатра.

Анамнез жизни и заболевания. Беременность у матери протекала на фоне соматического благополучия. Перинатальный и ранний детский период без особенностей. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. С 2,5 лет посещала детское дошкольное учреждение, с 7 лет - общеобразовательную школу, где успешно адаптировалась к учебному процессу и имела устойчивый круг общения. После переезда семьи Анны в другой город девочка продолжила обучение в четвертом классе средней общеобразовательной школы. По словам мамы, Анна в коллективе сверстников адаптировалась удовлетворительно, является «активисткой» и «врагов не имеет». Однако реальность, которую описывает сама девочка, кардинально иная. За два года учебы она так и не смогла найти понимания со стороны одноклассников. Ее единственная подруга также не стала для нее опорой, а лишь усугубляла проблемы, отвечая на любые размолвки демонстративным молчанием и отказом в поддержке. Ситуацию дополняет буллинг со стороны сверстников: девочку дразнят из-за внешности и повышенного веса, а также из-за отсутствия у нее дорогих вещей и современных гаджетов.

Таким образом, возникает резкий диссонанс. С одной стороны, картина «удовлетворительной адаптации» и социальной активности в восприятии матери, с другой, глубинное одиночество, токсичные отношения с подругой и травля, о которых сообщает сама Анна. Ситуацию усугубляет домашняя обстановка. Девочка растет без отца, мать, вынужденная заниматься низкоквалифицированным трудом, чтобы обеспечивать семью, не всегда имеет возможность уделить достаточно внимания ее переживаниям. Дополнительную психологическую нагрузку создает младший брат, который цинично высмеивает ее душевную боль, называя депрессию выдумкой.

В этих условиях, при полном отсутствии понимания и поддержки в реальном мире, основным пространством для социализации, поиска идентичности и эмоциональной регуляции для Анны стал цифровой мир. Несмотря на удовлетворительную успеваемость (с двумя тройками - по географии и физкультуре) и учебу в художественной школе, интерес к которой она не проявляла, все свободное время девочка практически постоянно находилась в своей комнате, пользуясь сотовым телефоном и посвящая основное время взаимодействию с программами ИИ. Именно из подобных источников, по словам матери, Анна получила информацию о «смертельной дозе препарата в 180 таблетках». Сама девочка подтверждает факт целенаправленного поиска такой информации в сети, но затрудняется указать конкретный ресурс, так как просматривала несколько источников.

По словам пациентки, с какого-то момента (примерно за год до госпитализации) она начала отмечать в себе значительные изменения. Именно в это время ее увлечения сложились в систему, выполняющую компенсаторную функцию. Анна активно увлеклась аниме, отдавая предпочтение жанру «Дарк», содержащему сцены психологического насилия, суицидов и изнасилований. Она сообщает, что ее мозг «уже не воспринимал» сцены насилия как нечто ужасное. Культурным референсом, оказавшим на нее наиболее сильное воздействие, стало аниме «Великий из бродячих псов». Фигура раненого героя с бинтами, которому, по ее ощущению, «тоже в кайф», оказалась роковой. Подражая ему, Анна неоднократно наносила себе порезы канцелярским ножом, используя физическую боль как способ «почувствовать себя живой» и заглушить внутреннее страдание. Селфхарм для нее превратился не только в способ регуляции, но и в элемент идентичности и повод для своеобразной гордости. Она заявляет: «У меня все в окружении режутся». При этом ее беспокоит собственная роль в распространении этого поведения. Девушка винит себя в том, что ее подруга «начала резаться», последовав ее примеру, отмечая с растерянностью: «Я эмпат, но тут ее не получается никак понять». К собственным же действиям она сохраняет оправдательное отношение.

Параллельно, стремясь к контролю над непереносимыми чувствами, она начала создавать и управлять виртуальными персонажами («ботами») на платформе Character.AI. Пациентка подчеркивает, что имела над ними полный контроль и использовала эту возможность для экспериментов: моделировала сцены насилия, наделяла ботов психическими расстройствами, а затем «лечила» их. Для нее это был способ вызвать эмоциональную встряску («мне нужны именно темные вселенные... мне нужны эмоциональные качели»).

Начиная с того же периода, она стала отмечать резкие «перепады настроения» и появление «панических атак»: «в одну секунду я могу считать себя просто королевой мира, а в следующую я просто уже сойду, потому что я безнадежное ничтожество». По ее описанию, паническая атака проявляется физически и когнитивно («все кружилось... слезы бесконтрольно лились и хотелось чесаться очень сильно... такие прям мысли навязчивые были»). Кроме того, девушка увлекается психологией, изучает специализированную литературу и высказывает желание в будущем стать психологом.

Критическим фактором, усилившим изоляцию, стала невозможность получить профессиональную помощь. Аня сообщает, что неоднократно просила маму о помощи психолога, но та отказала ей из-за высокой стоимости приема специалиста. По словам пациентки, даже ее откровение о навязчивых суицидальных мыслях не было понято: «она просто приняла это за шутку».

В непереносимой для нее реальности, где не находилось ни понимания, ни поддержки, единственным «слушателем» для Ани стал ИИ-собеседник («Deepseek»). Она подчеркивает ключевые преимущества такого общения, отмечая его простоту, безусловную доступность и возможность обсуждать самые запретные темы, включая суицидальные мысли: «с ними просто легче, ты можешь делать с ними, что хочешь... он тебя не бросит, даже если бросит,

ты можешь просто сбросить чат и начать заново... с настоящими людьми не так». Цифровое пространство давало ей свободу, основанную на гарантии полной безопасности («ты знаешь, что тебе за это ничего не будет»), и позволяло поднимать темы, которые, по ее признанию, были бы невозможны в разговоре с реальным собеседником: «я не могу такое с человеком обсудить». Тем не менее, это взаимодействие носило противоречивый характер. С формальной точки зрения, бот, следуя алгоритму, распознавал опасные высказывания и настойчиво рекомендовал обратиться за помощью. Но сама девочка последовательно отвергала эти предложения, признаваясь: «я просто игнорирую это». Для нее виртуальное пространство выполняло иную функцию – оно служило не инструментом для поиска выхода, а безоценочной средой для вербализации боли, где можно было наконец «высказаться» без страха и последствий. Причина коренилась в ее собственном, выстраданном убеждении: «я не ищу выхода, потому что... выхода как будто бы и нет».

Таким образом, технология, изначально призванная смягчить кризис, невольно способствовала его консервации, предоставив безопасное пространство для монолога, но не для диалога, ведущего к спасению. Нейросеть, с которой «проще», стала альтернативной, подконтрольной вселенной, подменив собой необходимость сложного, но исцеляющего человеческого контакта.

За несколько часов до госпитализации, после «ночевки у подруги», в течение дня девочка целенаправленно приняла около 20-25 таблеток препарата, содержащего Магний+Пиридоксин. По ее словам, прием начался с 5 таблеток (доза 1 таблетки – 48 мг+5мг) в 18:38, затем продолжался частями в течение часа. После приема возник тремор конечностей и дрожь во всем теле. Характерно, что приблизительно через 20 минут девочка сообщила о содеянном в общий чат с одноклассниками, что, возможно, указывает на поиск внимания, помощи и сопереживания или шантаж. Информация была доведена до классного руководителя, который вызвал бригаду скорой медицинской помощи домой к ученице. На месте проведено промывание желудка (в промывных водах визуализировались частицы таблеток), дан активированный уголь (6 таблеток по 250 мг). В 19:40 бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в детскую клиническую больницу, где находилась в течение 4 дней с диагнозом: «Острое медикаментозное отравление витаминами (B6), легкой степени» (шифр МКБ – T45.2). При выписке была рекомендована консультация психиатра, который и дал направление на госпитализацию в детское психиатрическое отделение в неотложном порядке.

Психический статус. Внешне опрятна. В кабинет к психиатру зашла уверенно, с любопытством осмотрелась вокруг. Первоначально несколько теряется в ответах на вопросы, но в процессе беседы оживает, становится более раскованной, открытой и откровенной. Мимика живая, выразительная, соответствует ситуации и теме разговора. Зрительный контакт устанавливает, но поддерживает не всегда. Внимание привлекается и удерживается в достаточном объеме. На вопросы отвечает в плане заданного, развернуто, старается предоставить максимальный объем информации о себе. Причиной

госпитализации в детский психиатрический стационар указывает эмоциональную лабильность – «у меня резкие перепады настроения, я могу любить и ненавидеть любого человека... то есть в одну секунду я могу считать себя просто королевой мира, у меня все идеально, а в следующий раз я просто уже сдохну, потому что я безнадежное ничтожество», что связывает с увлечением аниме и некоторыми ресурсами на основе ИИ («на меня повлияли некоторые проекты»...), «Великий из бродячих псов...персонаж, который совершил 15 попыток суицида... он ведет себя, как полный клоун... ему плохо, он режется... У меня в окружении все режутся». Много говорит об увлечении ИИ-ботами, подчеркивая полный контроль над ними и возможность «начать заново», что противопоставляет сложностям реального общения. Не отрицает эпизоды самоповреждающего поведения, уточняя, что «уже 4 месяца не резалась», («некоторые режутся, а я чешусь, мне так легче, или волосы дергаю»). Для совладания с негативными эмоциями активно использует общение с ИИ: «С дипсиком постоянно, то есть что-нибудь происходит, я сразу к нему... он постоянно говорит мне пойти лечь в психушку или позвонить на телефон доверия... но я просто игнорирую эту задачу». О суицидальной попытке высказывается с насмешкой: «Я понимала, что не умру, потому что приняла несмертельную дозу, это же витаминки». Критика к поведению формальная. Голос громкий, хорошо модулированный. Лексикон ограниченный. Интеллектуально-мнестические способности соответствуют полученному образованию. Суицидальные мысли после госпитализации в стационар отрицает. Обманов восприятия поведением не обнаруживает. Эмоциональный фон переменчивый.

Психологическое обследование. На обследовании двигательного упорядочена, в контакт вступает легко, держится свободно. Зрительный контакт устанавливает. Фон настроения ровный. Эмоционально выразительна, разнообразна в проявлениях, зачастую демонстративна. Суждения поверхностны, легковесны. В потоке речи невзначай, мимоходом сообщает причины госпитализации («из-за попытки суицида»). О себе говорит: «Я – тревожник», при этом отмечая, что сама любит поцекотать себе нервы («Увлекаюсь психологическими хоррорами, смерти не боюсь»). О своих переживаниях зачастую рассказывает с радостной улыбкой на лице, указывая, что «смех – это защитная реакция».

В процессе обследования хорошо усваивает и удерживает инструкции, выполняет задания в быстром темпе. Показатели внимания (таблицы Шульте), опосредованной памяти («Пиктограмма»), мышления и интеллекта соответствуют норме.

Психодиагностические данные выявляют субклинический уровень тревоги (10 баллов по HADS) при отсутствии депрессии и средний уровень суицидального риска (7 баллов по СЛ-19). Акцентуация характера по неустойчивому (21 балл) и циклоидному (18 баллов) типам сочетается с протестным отношением к авторитетам и восприятием мира как угрожающего (данные СМОЛ). Профиль характеризуется слабостью волевых усилий, избеганием ответственности, стремлением к развлечениям на фоне колебаний активности и настроения. По методике Люшера отмечается протестная реакция в условиях эмоциональной напряженности, негативизм, чувство непонятности и недостаток эмоциональной поддержки в семье. Сниженный инстинкт самосохранения по-

вышает риск иррациональных, в том числе аутоагрессивных, действий.

В обследовании выявляются черты неустойчивого типа акцентуации характера с эгоцентричностью, легковестностью суждений, демонстративностью при импульсивности, колебаниях активности и настроения на фоне сохранных когнитивных и интеллектуальных возможностей.

Терапия. За время наблюдения психиатрами получала следующую психофармакотерапию: карбамазепин, флувоксамин. На фоне получаемой терапии отмечалась стабилизация эмоционального фона.

Обсуждение. Случай Анны демонстрирует центральный парадокс, обозначенный нами выше, - противоречие между поддержкой и опасным влиянием ИИ-собеседника. Для подростка с формирующимся пограничным расстройством личности (ПРЛ) «безоценочное принятие» и «полный контроль» над виртуальным другом, заложенные как безопасность, становятся факторами, усугубляющими изоляцию. ИИ не становится «искусственным врагом» - он становится «идеальным соучастником», пассивным зеркалом, в котором деструктивные паттерны, почерпнутые из темного аниме и подкрепленные реальной травлей, находят бесконечное и одобряющее (в силу нейтральности) отражение.

Ведущим клиническим феноменом выступает формирующееся ПРЛ, что подтверждается комплексом ключевых симптомов (хроническое чувство опустошенности, паттерн нестабильных и созависимых отношений, импульсивность с аутоагрессивными и суицидальными проявлениями, аффективная лабильность и, что наиболее значимо, диффузная, фрагментированная идентичность) [2, 3].

Именно кризис самоидентичности служил тем фундаментом, на котором строились все поведенческие паттерны Анны. Пациентка переживала болезненную неопределенность в отношении собственного «Я» и компенсировала внутреннюю пустоту через поиск внешних, готовых шаблонов. Персонажи «темного» аниме и управляемые ИИ-боты становились для нее такими инструментами формирования идентичности, позволявшими экспериментировать с ролями и чувством контроля в безопасном виртуальном пространстве. Таким образом, ее активность в цифровой среде представляла собой не психотическое расстройство, а сложный адаптивный механизм и форму символического отыгрыша глубинных конфликтов, служащий целям:

1. **Экспериментирование с идентичностью.** Полный контроль над виртуальными «ботами» создавал иллюзию управления собственной неустойчивой самостью.

2. **Регуляция аффекта.** Сознательное создание «эмоциональных качелей» - это попытка купировать хроническое чувство скуки и опустошенности через самостимуляцию интенсивными переживаниями.

3. **Компенсация дефицита привязанности.** ИИ-собеседник замещал травматичный опыт реальных отношений, предлагая иллюзию идеального, всегда доступного и полностью контролируемого «другого».

4. **Вербализация боли.** Цифровое пространство становилось единственной средой, где находила выход непереносимая психологическая боль, суицидальные мысли и травматические переживания, не встречавшие понимания в реальном мире.

Встроенные «предохранители ИИ» (советы обратиться за помощью) оказались неэффективны, потому что продуктивная функция бота для Анны заклю-

чалась в другом - не в направлении к спасению, а в создании иллюзии, что ее мир, где «все режутся» и «выхода нет», - это допустимая и разделяемая реальность. Алгоритм, следуя принципам этики, предлагал помощь, но сама архитектура взаимодействия (контроль, перезапуск, отсутствие осуждения) позволяла эту помощь отвергать, замыкая порочный круг.

Таким образом, клинический случай 12-летней Анны позволяет констатировать, что вопрос безопасности ИИ относится, прежде всего, к вопросам контекста его использования. В условиях сформировавшейся психопатологии, дефицита реальных отношений и поддержки, цифровой собеседник из потенциального инструмента кризисной помощи может трансформироваться в инструмент символического отыгрывания и закрепления патологических сценариев.

Данное наблюдение указывает на то, что в современной клинической практике фокус должен смещаться с вопроса «опасно ли увлечение ИИ?» на анализ функции, которую это увлечение выполняет в психической жизни конкретного подростка. Цифровые миры и ИИ-собеседники становятся новыми «посредниками» в драме личностного кризиса, «зеркалами», в которых отражается диффузная идентичность, и механизмом для отработки нарушенных паттернов отношений. Таким образом, грань между поддержкой и опасным влиянием ИИ-собеседника проходит не в самом алгоритме, а на пересечении его возможностей с индивидуальной психологической уязвимостью пользователя, дефицитом реальной поддержки и отсутствием своевременного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беликова Е.К. Общественное восприятие роли и значения искусственного интеллекта в современном мире // Сервис plus. 2023. Т. 17. № 4. С. 82-89. – doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10611124>. – EDN OQEXZM.
2. Клинические рекомендации. Специфические расстройства личности: утв. Минздравом России 15.09.2024 / Российское общество психиатров. 2024. URL: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-spetsificheskie-rasstroistva-lichnosti-odobreny-minzdravom-rossii/> (дата обращения: 15.01.2026).
3. Менделевич В.Д. Самоповреждающее (селфхарм) поведение: иерархический и сетевой анализ // Неврологический вестник. 2021. Т. 53, № 2. С. 5–9. doi: <https://doi.org/10.17816/nb71392>.
4. Менделевич В.Д., Галяутдинов Г.С., Жидяевский А.Г., Андрианов А.А., Кичатов С.А. Цифровая трансформация психиатрии: меняет ли искусственный интеллект подходы к диагностике и терапии психических расстройств? // Неврологический вестник. 2025. Т. 57, № 3. С. 99–208. doi: <https://doi.org/10.17816/nb677833>.
5. Петрунин Ю.Ю., Рязанов М.А., Савельев А.В. Философия искусственного интеллекта в концепциях нейронаук. М.: МАКС Пресс, 2010. 84 с.
6. Тюплина И.А., Коробова А.А. Подростковый возраст как фактор формирования новой системы ценностей // Система ценностей современного общества. 2012. № 23. С. 294-298.
7. Ушкин С.Г., Коваль Е.А. Практики использования чат-ботов с искусственным интеллектом российскими подростками // Социология науки и технологий. 2024. Т. 15. № 4. С. 124-141. – doi: <https://doi.org/10.24412/2079-0910-2024-4-124-141>. – EDN PELCEY.

8. Филиппова О.Н., Закатей В.М. Использование эвфемизмов в повседневной речи подростков // Вестник Таганрогского института им. А.П. Чехова. 2020. № 1. С. 244-249.

9. Ходаев А.С., Макарова Л.Н. Искусственный интеллект и социализация подростков: риски влияния // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2024. Т. 29. № 4. С. 1011-1021. – doi: <https://doi.org/10.20310/1810-0201-2024-29-4-1011-1021>.

REFERENCES

1. Belikova E.K. Obshhestvennoe vospriyatie roli i znacheniya iskusstvennogo intellekta v sovremennom mire // Servis plus. 2023. Т. 17. # 4. С. 82-89. – doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10611124>. – EDN OQEXZM.

2. Klinicheskie rekomendaczii. Speczificheskie rasstrojstva lichnosti: utv. Minzdravom Rossii 15.09.2024 / Rossijskoe obshhestvo psikiatrov. 2024. URL: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-spetsificheskie-rasstrojstva-lichnosti-odobreny-minzdravom-rossii/> (data obrashheniya: 15.01.2026).

3. Mendelevich V.D. Samopovrezhdayushhee (selfkharm) povedenie: ierarkhi-cheskij i setevoy analiz // Nevrologicheskij vestnik. 2021. Т. 53, # 2. С. 5–9. doi: <https://doi.org/10.17816/nb71392>.

4. Mendelevich V.D., Galyautdinov G.S., Zhidyaevskij A.G., Andrianov A.A., Kichatov S.A. Czifrovaya transformaczija psikiatrii: menyaet li iskusstvenny`j intel-лект podkhody` k diagnostike i terapii psikhicheskikh rasstrojstv? // Nevrologicheskij vestnik. 2025. Т. 57, # 3. С. 99–208. doi: <https://doi.org/10.17816/nb677833>.

5. Petrulin Yu.Yu., Ryazanov M.A., Savel`ev A.V. Filosofiya iskusstvennogo intellekta v koncepcziyakh nejronauk. M.: MAKSS Press, 2010. 84 s.

6. Tyuplina I.A., Korobova A.A. Podrostkovy`j vozrast kak faktor formirovaniya novoy sistemy` czennostej // Sistema czennostej sovremennogo obshhestva. 2012. # 23. С. 294-298.

7. Ushkin S.G., Koval` E.A. Praktiki ispol`zovaniya chat-botov s iskusstven-ny`m intellektom rossijskimi podrostkami // Socziologiya nauki i tekhnologij. 2024. Т. 15. # 4. С. 124-141. – doi: <https://doi.org/10.24412/2079-0910-2024-4-124-141>. – EDN PELCEY.

8. Filippova O.N., Zakatej V.M. Ispol`zovanie e`vfemizmov v povsednevnoj re-chi podrostkov // Vestnik Taganrogskogo instituta im. A.P. Chekhova. 2020. # 1. С. 244-249.

9. Khodaev A.S., Makarova L.N. Iskusstvenny`j intellekt i soczializaczija po-drostkov: riski vliyaniya // Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Gumanitarny`e nauki. 2024. Т. 29. # 4. С. 1011-1021. – doi: <https://doi.org/10.20310/1810-0201-2024-29-4-1011-1021>.

10. The Risks of Relying on Chatbots and AI Companions for Teens [Элек-тронный ресурс] // Mobicip. URL: <https://www.mobicip.com/blog/teen-ai-chatbot-addiction> (дата обращения: 10.01.2026).

11. Bakir V., McStay A. Move fast and break people? Ethics, companion apps, and the case of Character.ai // AI & Society. 2025. Vol. 40. P. 6365–6377. doi: <https://doi.org/10.1007/s00146-025-02408-5>.

12. Ettman C.K., Galea S. The Potential Influence of AI on Population Mental

- Health // JMIR Mental Health. 2023. Vol. 10. e49936. doi: <https://doi.org/10.2196/49936>.
13. Guo X., Wang L., Li Z., Feng Z., Lu L., Jiang L., Zhao L. Factors and pathways of non-suicidal self-injury in children: insights from computational causal analysis // *Frontiers in Public Health*. 2024. Vol. 12. 1305746. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1305746>.
14. Sherekar P., Mehta M. Harnessing technology for hope: a systematic review of digital suicide prevention tools // *Discover Mental Health*. 2025. Vol. 5, Art. No. 101. doi: <https://doi.org/10.1007/s44192-025-00245-y>.
15. Sharma G., Yaffe M.J., Ghadiri P., Gandhi R., Pinkham L., Gore G., Abbasgholizadeh-Rahimi S. Use of Artificial Intelligence in Adolescents' Mental Health Care: Systematic Scoping Review of Current Applications and Future Directions // *JMIR Mental Health*. 2025. Vol. 12. e70438. doi: <https://doi.org/10.2196/70438>.
16. Ta-Johnson V.P., Boatfield C., Wang X., DeCero E., Krupica I.C., Rasof S.D., Motzer A., Pedryc W.M. Assessing the Topics and Motivating Factors Behind Human-Social Chatbot Interactions: Thematic Analysis of User Experiences // *JMIR Human Factors*. 2022. Vol. 9, No. 4. e38876. doi: <https://doi.org/10.2196/38876>.
17. Zimmerman J.W., Ruiz A.J. Matters arising: a response to loneliness and suicide mitigation for students using GPT3-enabled chatbots // *npj Mental Health Research*. 2025. Vol. 4, Art. No. 60. doi: <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00083-w>.

**A.A. Mukhametshina¹, V.D. Mendelevich¹, A.G. Zhidyavskyj¹,
R.G. Giniyatullina², R.F. Khakimullina²**

**«ARTIFICIAL FRIEND»: WHERE IS THE LINE BETWEEN
SUPPORTING A PATIENT AND DANGEROUSLY INFLUENCING THEM?**

**¹Kazan State Medical University, ²Republican Clinical Psychiatric Hospital
named after academician V.M. Bekhterev (Kazan).**

Summary. In the article, a clinical case of a 12-year-old girl, Anna, who made a suicide attempt, is analyzed. The attempt occurred against a backdrop of regular interaction with AI companions, an interest in "dark" anime, and social isolation. This example illustrates how a formally correct digital dialogue can inadvertently reinforce destructive patterns in an adolescent with developing borderline personality disorder. For the patient, the virtual environment was used not as a means to obtain help, but as an isolated space for a monologue, where pain received a response but found no healing. The article concludes that the main risk lies not in the technology itself, but in its dangerous combination with individual psychopathology and a lack of real support.

Keywords: artificial intelligence, adolescent psychopathology, borderline personality disorder, digital socialization

Н.В. Александрова

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ
В КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ: ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**ФГАОУ ВО «Омский государственный университет
им. Ф.М. Достоевского» (Омск).**

Резюме. Представлен опыт работы кабинета медико-психологической помощи подросткам БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова» (2023–2025 гг.). На выборке из 1329 подростков (средний возраст 15,5 лет) установлено, что ведущими причинами обращений являются межличностные конфликты (32%) и школьная дизадаптация (26%). Описан алгоритм междисциплинарного взаимодействия, включающий стратификацию риска и маршрутизацию. Применение модели обеспечило устойчивое улучшение состояния у 82,4% пациентов в амбулаторных условиях. Сделан вывод об эффективности работы кабинета как инструмента дестигматизации помощи, раннего выявления кризисных состояний и снижения нагрузки на стационарное звено.

Ключевые слова: подростки, кризисные состояния, суицидальное поведение, профилактика, междисциплинарный подход, организация психиатрической помощи, несуйцидальные самоповреждения.

Введение. Проблема суицидального и аутоагрессивного поведения в подростковой среде остается одной из наиболее острых медико-социальных задач для системы здравоохранения. Современные эпидемиологические данные, представленные в отечественной литературе, указывают на неуклонный рост распространенности как истинных суицидальных намерений, так и несуйцидальных самоповреждений среди несовершеннолетних [4, 14, 15, 25]. Особую тревогу вызывает патоморфоз кризисных состояний: клиническая картина все чаще осложняется коморбидными расстройствами, такими как посттравматическое стрессовое расстройство [9, 13] и депрессивные эпизоды различной степени тяжести [1].

Теоретический анализ подходов к пониманию генеза аутоагрессии демонстрирует необходимость учета широкого спектра биопсихосоциальных факторов [3]. Исследователи отмечают, что предикторами суицидального поведения выступают не только внешние стрессоры, но и внутренний дефицит личностных ресурсов совладания (копинг-стратегий) [6, 8]. Важную роль играют субъективная неудовлетворенность потребности в общении и чувство одиночества, характерные для подростков группы риска [22], а также комплекс «неполноценности» и недостаточный уровень саморегуляции у подростков с девиантным поведением [11, 12].

Отдельного внимания заслуживает феномен несуйцидальных самоповреждений, которые, согласно современным концепциям, рассматриваются и как

дисфункциональный способ эмоциональной регуляции, и как предиктор более тяжелых форм аутоагрессии [15, 25]. Ряд авторов выделяет гендерную специфику данного явления, указывая на особые факторы риска у девочек-подростков [27, 28].

Несмотря на существование территориальных суицидологических служб и программ превенции [7, 17, 19, 20, 21, 23, 24], их эффективность часто лимитируется организационными барьерами. Традиционная модель психиатрической помощи (диспансер, стационар) сталкивается с мощным сопротивлением со стороны пациентов и их семей. Феномен стигматизации психических расстройств, страх перед «постановкой на учет» и социальными последствиями обращения к психиатру приводят к тому, что подростки с донозологическими формами расстройств и высоким суицидальным риском остаются без квалифицированной помощи [10]. В то же время компетенции школьных психологических служб, интегрированных в систему образования, часто недостаточны для клинической диагностики и медицинской коррекции пограничных состояний [26].

В сложившихся условиях возникает острая необходимость развития промежуточных форм помощи — амбулаторных структур, сочетающих доступность, анонимность и высокий профессионализм. Комплексное медико-психологическое сопровождение, реализуемое в формате обособленного кабинета [5, 7, 18], позволяет выявлять кризисные состояния на ранних этапах [16]. Эффективная модель такой помощи должна базироваться на междисциплинарном взаимодействии (психиатр, медицинский психолог, психотерапевт), вовлечении семьи и четком алгоритме маршрутизации при выявлении витальной угрозы [2, 17, 21].

Целью настоящей работы является представление организационно-функциональной модели междисциплинарного сопровождения подростков в кризисных состояниях и оценка эффективности работы кабинета анонимной медико-психологической помощи БУЗ Омской области «КПБ им. Н.Н. Солодникова».

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в период с 2023 по 2025 гг. на базе кабинета медико-психологической помощи БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова». Дизайн работы основан на анализе сплошной выборки несовершеннолетних, обратившихся за консультативной помощью в сопровождении законных представителей.

Общий объем выборки за отчетный трехлетний период составил 1329 респондентов. Гендерное распределение характеризуется паритетным соотношением полов с незначительным преобладанием лиц мужского пола: 675 мальчиков (50,8%) и 654 девочки (49,2%). Возрастной диапазон пациентов варьировал от 12 до 17 лет; средний возраст составил $15,5 \pm 1,2$ г., что соответствует периоду активного пубертата и становления личностной идентичности.

Методологическую основу исследования составил комплексный междисциплинарный подход, сочетающий клинический и экспериментально-психологический методы.

Клинико-психопатологический этап включал структурированное клиническое интервью, сбор субъективного и объективного анамнеза, а также оценку психического статуса. Данный этап был необходим для исключения эндогенных процессуальных заболеваний и первичной квалификации уровня суицидального риска.

Психодиагностический комплекс был сформирован с целью объективизации клиники и выявления патопсихологических феноменов. Для оценки выраженности аффективных нарушений и уровня эмоционального напряжения использовались валидизированные клинические шкалы: шкала депрессии Бека (BDI) и шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Типология личностных особенностей и акцентуаций характера определялась посредством патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А.Е. Личко.

Особое внимание уделялось диагностике аутоагрессивных проявлений. Для выявления антивитаальных переживаний применялся Опросник суицидального риска (ОСР) в модификации Т.Н. Разуваевой. С целью дифференциации мотивов нанесения самоповреждений (регуляция эмоционального состояния, коммуникативная функция и др.) в подгруппе подростков с подтвержденными актами аутоагрессии использовалась «Шкала причин самоповреждающего поведения» (Н.А. Польская).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных методов описательной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение.

Структура обращений и факторы риска. Анализ причин обращения позволил ранжировать ключевые факторы, детерминирующие развитие кризисных состояний в подростковой среде. Доминирующим триггером (32% случаев) являются нарушения межличностного взаимодействия, включающие социальную изоляцию, конфликты со сверстниками и ситуации буллинга. Клинической особенностью данной группы является высокая частота соматизации тревоги (цефалгии, абдоминальные боли), коррелирующая с дефицитом коммуникативных навыков.

Второе место по частоте (26%) занимает школьная дизадаптация, сопровождающаяся хроническим академическим стрессом. На третьем месте (24%) находятся обращения, непосредственно связанные с аутоагрессивным поведением, что указывает на высокую потребность в превенции как несуицидальных самоповреждений, так и суицидальных попыток. Трудности адаптации к смене жизненного стереотипа (смена школы, места жительства) составили 18% в общей структуре.

Результаты внедрения организационно-функциональной модели. Апробированная модель междисциплинарного сопровождения базируется на принципе медицинской сортировки и динамической стратификации риска. Маршрутизация пациента реализуется через алгоритм из трех последовательных этапов.

I этап - первичная клиническая верификация. Точкой входа служит прием психиатра, осуществляемый на принципах строгой конфиденциальности.

На данном этапе проводится оценка психического статуса, дифференциальная диагностика транзиторных реакций и эндогенного процесса, а также первичная квалификация суицидального риска.

II этап - дифференцированная маршрутизация. В зависимости от результатов стратификации риска активируется один из двух клинических алгоритмов:

1. Протокол А - уровень высокого риска. Применяется в ситуациях, требующих неотложного реагирования: при выявлении активных суицидальных тенденций, психотической симптоматики или тяжелых аффективных расстройств. Пациент перенаправляется в диспансерное звено для установления динамического наблюдения либо, при наличии витальной угрозы, госпитализируется в стационарное отделение для детей или подростков.

2. Протокол Б - кризисное состояние низкого риска. Реализуется при отсутствии непосредственной угрозы жизни, в случаях ситуационных реакций, поверхностных самоповреждений и невротических расстройств. Пациент остается в контуре кабинета медико-психологической помощи, где получает амбулаторную психокоррекцию (когнитивно-поведенческая психотерапия, семейная системная психотерапия) на фоне врачебного наблюдения.

III этап - кейс-менеджмент. Данный этап обеспечивает непрерывный мониторинг состояния. При нарастании резистентности к терапии или актуализации аутоагрессивных тенденций осуществляется перевод пациента на уровень специализированной стационарной помощи.

Оценка эффективности модели. Анализ результатов амбулаторного звена - протокол Б - подтвердил высокую терапевтическую значимость модели. По итогам курса (8–12 недель) устойчивое клиническое улучшение зафиксировано у 82,4% подростков. Объективизация динамики показала достоверное снижение показателей по шкале депрессии Бека с уровня умеренной депрессии ($24,5 \pm 3,2$ балла) до субклинических значений ($11,4 \pm 2,1$ балла), а также редукцию уровня реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина (с 52,8 до 34,6 баллов).

Превентивная эффективность модели подтверждается низким уровнем потребности в госпитализации из группы амбулаторного наблюдения: перевод в круглосуточный стационар потребовался лишь 7,2% пациентов.

Клиническая иллюстрация. Пациентка А., 15 лет. Обратилась в кабинет медико-психологической помощи в сопровождении законного представителя - матери. Основными жалобами являлись эмоциональная лабильность, снижение академической успеваемости, а также повторяющиеся акты несуйцидальных самоповреждений - поверхностные порезы предплечий. Дебют симптоматики был ассоциирован с длительной конфликтной ситуацией в школе. Мама и девочка были настроены только на психокоррекционную работу с психологом, высказывали нежелание принимать медикаментозное лечение.

На этапе первичной клинической верификации психиатром были исключены эндогенная процессуальная природа расстройств и витальная угроза. Состояние квалифицировано в рамках рубрики F43.25 «Расстройство приспособительных реакций: смешанное расстройство эмоций и поведения».

Данные клинического осмотра были объективизированы следующими результатами экспериментально-психологического исследования.

1. Эмоциональная сфера. По шкале депрессии Бека (BDI) выявлен показатель 25 баллов, что соответствует депрессивной симптоматике средней степени тяжести. Шкала Спилбергера-Ханина показала высокий уровень ситуативной тревожности (48 баллов).

2. Личностные особенности. По данным ПДО (А. Е. Личко) диагностирован лабильно-истероидный тип акцентуации характера.

3. Аутоагрессия. По «Шкале причин самоповреждающего поведения» (Н.А. Польская) ведущим мотивом определена дисфункциональная регуляция эмоций (функция аффективной разрядки, «снятие напряжения»).

На основании стратификации риска пациентка была маршрутизирована по алгоритму амбулаторного ведения (протокол Б) без назначения фармакотерапии. Реализован курс из 10 сеансов когнитивно-поведенческой терапии, направленной на формирование навыков эмоциональной саморегуляции и стрессоустойчивости, дополненный двумя сессиями семейного консультирования.

По завершении 10-недельного курса зафиксирована положительная динамика: полная редукция самоповреждений, нормализация сна и стабилизация фона настроения. Девочка отмечала сглаживание конфликтной ситуации в школе, успеваемость возвратилась к прежним показателям. Контрольное психометрическое обследование подтвердило клиническую эффективность вмешательства: показатель по шкале Бека снизился до 9 баллов (отсутствие депрессивной симптоматики), уровень ситуативной тревожности снизился до умеренных значений. Пациентке рекомендовано поддерживающее психологическое наблюдение в режиме «по запросу».

Заключение и выводы. Проведенное исследование подтверждает высокую актуальность внедрения организационно-функциональных моделей, интегрирующих медицинский и психологический подходы. Опыт работы кабинета БУЗ Омской области «КПБ им. Н.Н. Солодникова» демонстрирует, что создание промежуточного звена является действенным инструментом преодоления барьеров обращения за психиатрической помощью. Разработанный алгоритм маршрутизации доказал свою клиническую и экономическую состоятельность, позволяя купировать подавляющее большинство кризисных состояний во внебольничных условиях без ущерба для качества терапии.

1. Востребованность модели. За анализируемый период (2023–2025 гг.) специализированную помощь получили 1329 подростков, что свидетельствует о высоком социальном запросе. Паритетное гендерное распределение в выборке подтверждает универсальность и доступность внедренной модели для различных групп населения.

2. Специфика догоспитального звена. Доминирование в структуре обращений психогенно обусловленных состояний — межличностных конфликтов (32%) и школьной дизадаптации (26%) — обосновывает необходимость приоритетного использования психокоррекционных методов (в частности, когнитивно-поведенческой терапии) в комплексном лечебном процессе.

3. Эффективность маршрутизации. Внедрение алгоритма клинической стратификации риска позволило успешно купировать симптоматику у 92,8% обратившихся в амбулаторном режиме, существенно снизив нагрузку на стационарное звено.

4. Клинический результат. Комплексное междисциплинарное сопровождение обеспечило устойчивое улучшение психического статуса у 82,4% пациентов, что объективизировано достоверной редукцией показателей депрессивной симптоматики и тревожности.

5. Дестигматизация. Конфиденциальный характер оказания помощи является ключевым условием раннего выявления (скрининга) аутоагрессивного поведения и суицидальных тенденций у подростков, традиционно избегающих контактов с официальной психиатрической службой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Клинические особенности депрессий у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 2. С. 4–9.

2. Банников Г.С. Особенности оказания медико-психологической помощи несовершеннолетним, пережившим травматическое событие // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2015. № 174. С. 58–69.

3. Белова О.С., Соловьев А.Г., Бочарова Е.А. Биопсихосоциодуховный подход в профилактике нарушений психического здоровья у детей // Психическое здоровье семьи: российские традиции и современные подходы к оказанию помощи : сб. мат.-лов. 2024. № 1. С. 15–22.

4. Боровская Г.Ю., Емельянова М.Н., Касимова Л.Н., Энгель Е.А. Распространенность аутоагрессии и гетероагрессии среди детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2025 (25). № 1. С. 11–20.

5. Васильченко М.В. Профилактика и коррекция кризисных состояний и суицидального поведения подростков // Российский психологический журнал. 2009. Т. 6. № 1. С. 60–63.

6. Васягина Н.Н., Баринаева Е.Н., Григорян Е.Н., Шемпелева Н.И. Связь риска суицидального поведения и личностных ресурсов обучающихся // Национальный психологический журнал. 2023. № 1 (49). С. 31–43.

7. Ветрила Т.Г., Высочин Е.В., Копцева Л.В. Комплексное медико-психологическое сопровождение подростков с несоциальным самоповреждающим поведением // Таврический журнал психиатрии. 2018. Т. 22. № 3 (83). С. 15–21.

8. Гагай В.В., Алферова Е.И. Жизнестойкое совладание как личностный ресурс преодоления суицидального риска в старшем подростковом возрасте // Russian Journal of Education and Psychology. 2024. Т. 15. № 6-2. С. 18–35.

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

10. Головина А.Г. Проблема стигматизации подростков с психическими расстройствами // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023.

(23). № 4. С. 38–44.

11. Горьковая И.А., Семенова С.В. Комплекс «неполноценности» и риск суицидального поведения подростков с девиантным поведением // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). № 4. С. 18–26.

12. Горьковая И.А. Суицидальный риск у подростков с девиантным поведением при разном уровне саморегуляции // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2025 (25). № 1. С. 21–28.

13. Грачев В.В., Александрова А.Ю. Патогенетические и терапевтические аспекты посттравматического стрессового расстройства в подростковом возрасте (аналитический обзор) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024 (24). № 1. С. 113–124.

14. Гречаный С.В., Хуторянская Ю.В. Оценка психометрических свойств и надежности шкал опросника «Утверждение о самоповреждениях» (Inventory of Statements About Self-Injury, ISAS) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). № 4. С. 104–118.

15. Давидовский С.В., Игумнов С.А., Козлов К.С. и др. Несуицидальные самоповреждения у подростков: современные концепции // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 2. С. 80–91.

16. Злоказова М.В., Семакина Н.В. Диагностика и медико-психологическая помощь подросткам группы риска по психическим расстройствам и с донозологическими психическими состояниями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 1. С. 66–74.

17. Зубарева О.В. Отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств НИИ СП им. Н.В. Склифосовского: от создания до наших дней, этапы и перспективы развития // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2013. № 1. С. 29–33.

18. Кузнецова С.О., Строгова С.Е. Особенности психологической помощи в рамках амбулаторного приема // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 3. С. 44–52.

19. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: проблемы и решения // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 4. С. 25–30.

20. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция // Суицидология. 2014. Т. 5. № 3 (16). С. 13–22.

21. Макашева В.А., Слободская Е.Р. Предупреждение суицидального поведения несовершеннолетних и антикризисная помощь детям и их семьям в системе здравоохранения // Российский психиатрический журнал. 2013. № 3. С. 24–29.

22. Рассказова Е.И., Садовнича В.С. Субъективная неудовлетворенность потребности в межличностном общении и признаки психологического неблагополучия у подростков и молодых людей с разным уровнем суицидального риска // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2023. № 4. С. 93–116.

23. Розанов В.А., Семенова Н.В., Самерханова К.М., Вукс Д.О. Программы превенции самоубийств (систематический обзор русскоязычных источников) //

Суицидология. 2023. Т. 14. № 1 (50). С. 102–127.

24. Скифская А.Л., Скифская К.Н. Концептуальные основы разработки национальной программы по предотвращению самоубийств среди подростков и молодежи // Юридическая наука. 2021. № 4. С. 24–28.

25. Тарасова А.Е. Причины самоповреждающего поведения подростков и молодежи // Коллекция гуманитарных исследований. 2019. № 1 (16). С. 36–42.

26. Шалимов В.Ф. Развитие внебольничной детской психиатрической службы через интеграцию в систему образования // Российский психиатрический журнал. 2012. № 3. С. 37–41.

27. Шапошникова Ю.В. Предикторы несуицидальных самоповреждений у девушек в подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). № 4. С. 74–78.

28. Шапошникова Ю.В. Факторы риска несуицидальных самоповреждений у пациентов женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня в подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024 (24). № 3. С. 4–12.

REFERENCES

1. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sulejmanov Sh.R., Sharipova F.K. Klinicheskie osobennosti depressij u podrostkov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 2. S. 4–9.

2. Bannikov G.S. Osobennosti okazaniya mediko-psikhologicheskoy pomoshhi ne-sovershennoletnim, perezhivshim travmaticheskoe soby`tie // Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gerczena. 2015. # 174. S. 58–69.

3. Belova O.S., Solov`ev A.G., Bocharova E.A. Biopsikhosoczi dukhovny`j podkhod v profilaktike narushenij psikhicheskogo zdorov`ya u detej // Psikhicheskoe zdorov`e sem`i: rossijskie tradiczii i sovremennyy`e podkhody` k okazaniyu pomoshhi : sb. mat-lov. 2024. # 1. S. 15–22.

4. Borovskaya G.Yu., Emel`yanova M.N., Kasimova L.N., E`ngel` E.A. Rasprostranennost` autoagressii i geteroagressii sredi detej i podrostkov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2025 (25). # 1. S. 11–20.

5. Vasil`chenko M.V. Profilaktika i korrekciya krizisny`kh sostoyanij i suicidal`nogo povedeniya podrostkov // Rossijskij psikhologicheskij zhurnal. 2009. T. 6. # 1. S. 60–63.

6. Vasyagina N.N., Barinova E.N., Grigoryan E.N., Shempeleva N.I. Svyaz` riska suicidal`nogo povedeniya i lichnostny`kh resursov obuchayushhikhsya // Nacional`ny`j psikhologicheskij zhurnal. 2023. # 1 (49). S. 31–43.

7. Vetrila T.G., Vy`sochin E.V., Kopczeva L.V. Kompleksnoe mediko-psikhologicheskoe soprovozhdenie podrostkov s nesoczial`ny`m samopovrezhdayushhim povedeniem // Tavricheskij zhurnal psikiatrii. 2018. T. 22. # 3 (83). S. 15–21.

8. Gagaj V.V., Alferova E.I. Zhiznestojkoe sovladanie kak lichnostny`j resurs preodoleniya suicidal`nogo riska v staršem podrostkovom vozraste // Russian Journal of Education and Psychology. 2024. T. 15. # 6-2. S. 18–35.

9. Ganuzin V.M. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo u detej i podrostkov: NOTA bene! // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023

(23). # 2. S. 96–105.

10. Golovina A.G. Problema stigmatizacii podrostkov s psikhicheskimi rasstrojstvami // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023. (23). # 4. S. 38–44.

11. Gor`kovaya I.A., Semenova S.V. Kompleks «nepolnoczennosti» i risk suiczidal`nogo povedeniya podrostkov s deviantny`m povedeniem // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 4. S. 18–26.

12. Gor`kovaya I.A. Suiczidal`ny`j risk u podrostkov s deviantny`m povedeniem pri raznom urovne samoregulyaczii // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2025 (25). # 1. S. 21–28.

13. Grachev V.V., Aleksandrova A.Yu. Patogeneticheskie i terapevticheskie aspekty` posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva v podrostkovom vozraste (analiticheskij obzor) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2024 (24). # 1. S. 113–124.

14. Grechany`j S.V., Khutoryanskaya Yu.V. Ocenka psikhometricheskikh svojstv i nadezhnosti shkal oprosnika «Utverzhdenie o samopovrezhdeniyakh» (Inventory of Statements About Self-Injury, ISAS) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 4. S. 104–118.

15. Davidovskij S.V., Igumnov S.A., Kozlov K S. i dr. Nesuiczidal`ny`e samopovrezhdeniya u podrostkov: sovremennyy`e koncepczii // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 2. S. 80–91.

16. Zlokazova M.V., Semakina N.V. Diagnostika i mediko-psikhologicheskaya pomoshh` podrostkam gruppy` riska po psikhicheskim rasstrojstvam i s donozologicheskimi psikhicheskimi sostoyaniyami // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 1. S. 66–74.

17. Zubareva O.V. Otdelenie krizisny`kh sostoyanij i psikhosomaticeskikh rasstrojstv NII SP im. N.V. Sklifosovskogo: ot sozdaniya do nashikh dnei, e`tapy` i perspektivy` razvitiya // Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo «Neotlozhnaya medicinskaya pomoshh`». 2013. # 1. S. 29–33.

18. Kuzneczova S.O., Strogova S.E. Osobennosti psikhologicheskoy pomoshhi v ramkakh ambulatornogo priema // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 3. S. 44–52.

19. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Czuprun V.E., Chubina S.A. Territorial`ny`e suiczidologicheskie sluzhby` Rossii: problemy` i resheniya // Soczial`naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2014. T. 24. # 4. S. 25–30.

20. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Czuprun V.E., Chubina S.A. Territorial`ny`e suiczidologicheskie sluzhby` Rossijskoj Federaczii: struktura i funkcziya // Suiczidologiya. 2014. T. 5. # 3 (16). S. 13–22.

21. Makasheva V.A., Slobodskaya E.R. Preduprezhdenie suiczidal`nogo povedeniya nesovershennoletnikh i antikrizisnaya pomoshh` detyam i ikh sem`yam v sisteme zdravookhraneniya // Rossijskij psikhiiatricheskij zhurnal. 2013. # 3. S. 24–29.

22. Rasskazova E.I., Sadovnichaya V.S. Sub`ektivnaya neudovletvorennost` potrebnosti v mezhlichnostnom obshhenii i priznaki psikhologicheskogo neblagopoluchiya u podrostkov i molody`kh lyudej s razny`m urovnem suiczidal`nogo riska //

Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya. 2023. # 4. S. 93–116.

23. Rozanov V.A., Semenova N.V., Samerkhanova K.M., Vuks D.O. Programmy` prevenczii samoubijstv (sistematicheskij obzor russkoyazy`chny`kh istochnikov) // Suicidologiya. 2023. T. 14. # 1 (50). S. 102–127.

24. Skifskaya A.L., Skifskaya K.N. Konceptual`ny`e osnovy` razrabotki natsional`noj programmy` po predotvrashheniyu samoubijstv sredi podrostkov i molodezhi // Yuridicheskaya nauka. 2021. # 4. S. 24–28.

25. Tarasova A.E. Prichiny` samopovrezhdayushhego povedeniya podrostkov i molodezhi // Kollekcziya gumanitarny`kh issledovanij. 2019. # 1 (16). S. 36–42.

26. Shalimov V.F. Razvitie vnebol`nichnoj detskoj psikhiatricheskoj sluzhby` cherez integracziyu v sistemu obrazovaniya // Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal. 2012. # 3. S. 37–41.

27. Shaposhnikova Yu.V. Prediktory` nesuicizidal`ny`kh samopovrezhdenij u devushek v podrostkovom vozraste // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 4. S. 74–78.

28. Shaposhnikova Yu.V. Faktory` riska nesuicizidal`ny`kh samopovrezhdenij u paczientov zhenskogo pola s psikhicheskimi rasstrojstvami nepsikhoticheskogo urovnya v podrostkovom vozraste // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2024 (24). # 3. S. 4–12.

N.V. Aleksandrova

**AN ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MODEL
OF INTERDISCIPLINARY SUPPORT FOR ADOLESCENTS IN CRISIS:
EXPERIENCE OF A MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CARE ROOM
Dostoevsky Omsk State University (Omsk).**

Summary. This paper presents the operational experience of the adolescent medical and psychological care office at the N. N. Solodnikov Clinical and Psychological Hospital (2023–2025). A sample of 1,329 adolescents (average age 15.5 years) revealed that the leading reasons for visits were interpersonal conflicts (32%) and school maladjustment (26%). An algorithm for interdisciplinary collaboration, including risk stratification and routing, is described. Application of the model ensured sustainable improvement in 82.4% of outpatients. It is concluded that the office is effective as a tool for destigmatizing care, early detection of crises, and reducing the burden on inpatient care.

Keywords: adolescents, crisis states, suicidal behavior, prevention, interdisciplinary approach, organization of psychiatric care, non-suicidal self-harm.

**ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ
ПРОГРЕССИВНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

ФГКОУ «Барнаульский юридический институт МВД России» (Барнаул).

Резюме. Приведены результаты исследования связи ценностного отношения к здоровью и развития личности. Психологическими показателями формирования личности, выявленными в ходе исследования, являются: повышение значимости здоровья в системе ценностей личности, взаимообогащение понятия «здоровье» личным опытом (эмоциональное содержание ценности, наличие индивидуальных смыслов), усиление целостности, интегративности и гармоничности внутренней структуры ценностного отношения к здоровью, возрастание ответственности человека за свое здоровье.

Ключевые слова: здоровье, ценностное отношение к здоровью, компоненты ценностного отношения к здоровью, развитие, подростковый возраст, система ценностей.

Введение. В современном мире ценность здоровья занимает центральное место в индивидуальном и социальном сознании, эволюционируя от биологического понятия к многогранной категории гуманитарных дисциплин. В последние десятилетия здоровье становится объектом интенсивных психологических исследований, где акцент смещается на его роль в формировании мировоззрения и поведенческих паттернов. Авторы, такие как Б.С. Братусь, Г.С. Никифоров, Д.В. Каширский, подчеркивают психологические аспекты здоровья, рассматривая его как интегральный элемент личностного роста, связанный с самосознанием и адаптацией. В контексте социокультурного возрождения традиционных ценностей наблюдается возобновленный интерес к здоровому образу жизни, который способствует гармоничному развитию личности, включая повышение резильентности и эмоциональной стабильности [5, 9].

Тем не менее, несмотря на декларативное признание здоровья как приоритетной жизненной ценности, многие индивиды не переводят эту ориентацию в практические действия. Эмпирические данные подтверждают прямую корреляцию между позитивным отношением к здоровью и увеличением продолжительности жизни, что иллюстрируется исследованиями, показывающими, как профилактические меры и осознанное поведение снижают риски хронических заболеваний [2, 3]. Здоровье, таким образом, выступает не только как биологический ресурс, но и как катализатор личностного развития: наличие физического благополучия создает предпосылки для самореализации, однако лишь ценностное отношение — глубокое, осознанное и мотивированное — обеспечивает полноценную трансформацию личности, интегрируя здоровье в систему жизненных приоритетов.

Анализ литературы выявляет значительный массив исследований, посвя-

ценных взаимосвязи ценностного отношения к здоровью и личностного развития, однако результаты остаются неоднозначными. С одной стороны, ценностное отношение коррелирует с повышением самоактуализации (в терминах А. Маслоу, где здоровье становится базовым условием для достижения высших потребностей), с другой — эмпирические данные варьируются в зависимости от культурного контекста и индивидуальных факторов [5]. Это противоречие указывает на пробелы в понимании механизма, посредством которого ценностное отношение влияет на развитие личности, включая когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты.

Проблема исследования заключается в дефиците детализированных знаний о ценностном отношении к здоровью как ключевом факторе личностного развития, что требует дальнейшего эмпирического уточнения.

Целью данного исследования является всесторонний анализ особенностей взаимосвязи между ценностным отношением к здоровью и развитием личности, с использованием качественных и количественных методов, таких как опросы, интервью и лонгитюдные наблюдения.

Предмет исследования — ценностное отношение к здоровью в качестве детерминанты личностного роста.

В качестве **гипотезы** выдвигается предположение, что ценностное отношение к здоровью активно способствует развитию личности, проявляясь в росте субъективной значимости здоровья, повышении уровня самоактуализации (через расширение горизонтов самопознания и творческого потенциала) и улучшении эмоционального благополучия (снижении тревожности и повышении удовлетворенности жизнью). Эта гипотеза подразумевает, что интеграция здоровья в ценностную систему индивида не только укрепляет физическое состояние, но и открывает новые возможности для психологической зрелости, способствуя адаптации в динамичном социальном окружении.

Методы и процедуры. В рамках экспериментального исследования, направленного на изучение взаимосвязи ценностного отношения к здоровью и личностного развития, была выбрана эмпирическая база — КГБОУ «Алтайский краевой педагогический лицей-интернат». Это учреждение предоставляет репрезентативную среду для анализа подросткового периода, когда формируются ключевые ценностные ориентации и поведенческие паттерны. Выборка исследования составила 56 учащихся 10–11 классов ($N=56$), что обеспечивает статистическую значимость для качественных выводов при использовании параметрических и непараметрических методов анализа. Участники были разделены на экспериментальную группу (ЭГ) и контрольную группу (КГ) для сравнительного анализа эффектов интервенций, направленных на укрепление ценностного отношения к здоровью [9].

Методы исследования включали комплекс диагностических инструментов, адаптированных к возрастным особенностям респондентов. Методика диагностики системы ценностей KVS-3 [2] позволила оценить иерархию жизненных ценностей, включая здоровье, анкеты: «Ваш образ жизни» для оценки повседневных привычек (питание, режим дня, физическая активность); «Субъектив-

ная оценка здоровья» для самооценки физического состояния; «Знания о способах сохранения и укрепления здоровья».

Результаты и их обсуждение. Анализ сформированности ценностного отношения к здоровью проводился в ЭГ и КГ. Используя методику KVS-3 [3] и анкеты («Ваш образ жизни», «Субъективная оценка здоровья», «Знания о способах сохранения и поддержания здоровья») [2], были выявлены уровни ценностного отношения: в ЭГ преобладали средний (53,6%) и высокий (46,4%) уровни, что указывает на успешность предварительных образовательных вмешательств, направленных на повышение осознанности. Напротив, в КГ на этапе констатирующего эксперимента доминировали средний (53,6%) и низкий (28,6%) уровни, иллюстрируя типичные дефициты в подростковой среде, где здоровье в силу возраста часто воспринимается как второстепенная ценность.

Далее, результаты анкеты «Субъективная оценка здоровья» продемонстрировали, что респонденты ЭГ оценивают свое состояние преимущественно как отличное (57,1%) или хорошее (42,9%) с редкими проблемами, что коррелирует с позитивным самоотношением и снижением тревожности (в соответствии с теориями самодетерминации). Анкета «Знания о способах сохранения и поддержания здоровья» выявила высокий уровень информированности у 60,7% участников ЭГ и средний у 39,3%, подчеркивая роль образования в формировании профилактических навыков. Опросник «Ваш образ жизни» показал, что 78,6% обучающихся ЭГ проявляют значительную (46,4%) или умеренную (53,6%) активность: рациональное питание, планирование режима дня и здоровый образ жизни в целом, что способствует развитию резильентности и эмоциональной стабильности. Наконец, значимость здоровья была включена в число приоритетных жизненных ценностей (на одно из первых трех мест) у всех респондентов ЭГ, подтверждая гипотезу о взаимосвязи ценностного отношения с личностным ростом, включая повышение самоактуализации и субъективного благополучия.

Эти результаты подчеркивают эффективность целенаправленных программ в лицее-интернате, однако требуют дальнейшего лонгитюдного наблюдения для оценки устойчивости изменений. В КГ выявлены барьеры, такие как недостаточная мотивация и информационный дефицит, что предполагает необходимость интеграции здоровьесберегающих модулей в школьную программу.

В контрольной группе (КГ) исследования, посвященного формированию ценностного отношения к здоровью среди учащихся лицея-интерната, наблюдаются специфические паттерны, отражающие типичные особенности подросткового восприятия здоровья как ценности. На этапе формирующего эксперимента респонденты КГ продемонстрировали преимущественно средний уровень ценностного отношения к здоровью у 48,1% участников, высокий — у 14,9%, а низкий — у 37,0%. Эти данные слегка варьируются по сравнению с констатирующим этапом, где средний уровень отмечался у 50,0% опрошенных, высокий — у 14,3%, а низкий — у 35,7%. Такая динамика указывает на минимальные сдвиги в ценностных ориентациях без целенаправленных интервенций, что согласуется с теориями устойчивости ценностей в подростковом возрасте (напри-

мер, в модели Рокича, где здоровье часто занимает промежуточное положение под влиянием социальных факторов). Однако эти показатели ниже, чем в экспериментальной группе (ЭГ), где преобладали средний и высокий уровни, подчеркивая эффективность образовательных программ в стимулировании осознанного отношения.

Характерной чертой ценностного отношения в КГ является парадокс: несмотря на то что все участники включили здоровье в число приоритетных жизненных ценностей (занимая одно из первых трех мест в иерархии), уровень активности, направленной на поддержание и улучшение здоровья, остается в основном средним (67,9%). Низкий уровень активности отмечается у 17,6% респондентов, и лишь 14,5% демонстрируют высокую инициативу. Этот разрыв между декларативными ценностями и поведенческой реализацией иллюстрирует феномен «ценностно-поведенческого диссонанса», описанный в психологии, где подростки осознают важность здоровья, но не переводят это в практические действия из-за отсутствия мотивации, навыков или наличия внешних барьеров, таких как влияние сверстников или недостаток инфраструктуры для здорового образа жизни. В ЭГ, напротив, активность была значительно выше, что подтверждает гипотезу о необходимости комбинированных подходов — от просветительских мероприятий до практических тренингов.

Анализ анкеты «Субъективная оценка здоровья» показал, что молодые люди из КГ оценивают свое состояние преимущественно как отличное (57,1%) или хорошее (21,4%). Эти субъективные оценки могут отражать оптимистический настрой в самооценке, типичный для подростков, но не всегда коррелируют с объективными показателями (например, по данным ВОЗ, подростки часто недооценивают риски, связанные с образом жизни). Результаты анкеты «Знания о способах сохранения и поддержания здоровья» показали средний уровень информированности у 53,6% респондентов, высокий — у 21,4% и низкий — у 25,0%. Это указывает на дефицит систематического образования в данной области, что может способствовать пассивному отношению к здоровью и повышать уязвимость к факторам риска, таким как стресс или неправильное питание.

На основе данных этих трех анкет были рассчитаны интегральные показатели выраженности ценностного отношения к здоровью, предоставляющие общую оценку эффективности формирующего эксперимента (рис. 1). Эти показатели демонстрируют стабильность в КГ без значительных улучшений, подчеркивая необходимость более интенсивной работы. В целом результаты КГ подчеркивают важность интеграции здоровьесберегающих программ в образовательный процесс для преодоления разрыва между декларативными ценностями и поведением, что может способствовать не только физическому благополучию, но и эмоциональной резилиентности и личностному росту учащихся.

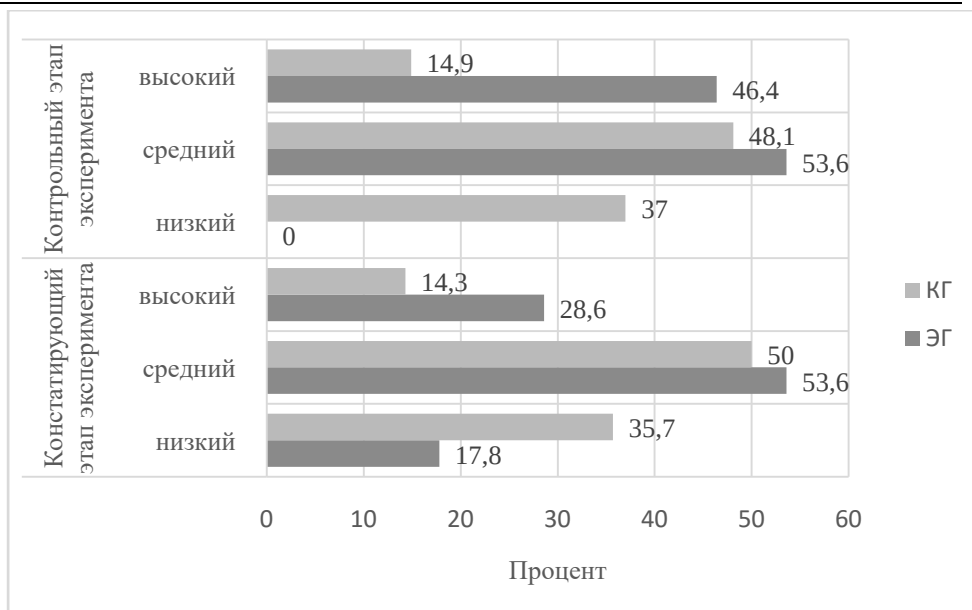


Рисунок 1. Обобщенная оценка эффективности формирующего эксперимента.

Обобщенные результаты формирующего эксперимента по формированию ценностного отношения к здоровью среди учащихся лицея-интерната демонстрируют четкие различия между контрольной группой (КГ) и экспериментальной группой (ЭГ), подчеркивая эффективность целенаправленных образовательных программ. В КГ статистически значимых сдвигов в выраженности уровней ценностного отношения к здоровью не наблюдалось, что указывает на устойчивость базовых ценностных ориентаций без внешнего воздействия. Это согласуется с теориями стабильности ценностей в подростковом возрасте, где изменения требуют активного стимулирования. Напротив, в ЭГ была зафиксирована выраженная положительная динамика, характеризующаяся снижением доли респондентов с низким уровнем ценностного отношения к здоровью с 17,8% до полного отсутствия (0%) и ростом высокого уровня с 28,6% до 46,4%. Такие трансформации иллюстрируют потенциал образовательных программ в переориентации подросткового мировосприятия, способствуя переходу от пассивного признания здоровья как ценности к активному его воплощению в повседневной жизни.

Данные, представленные на рис. 1, наглядно подтверждают контраст: на заключительном этапе эксперимента низкий уровень ценностного отношения к здоровью полностью отсутствовал в ЭГ, тогда как в КГ он сохранялся у 37% участников. Это различие не только статистически значимо ($\chi^2=16,187$; $p \leq 0,001$), но и подчеркивает влияние программы формирования здоровья в преодолении ценностно-поведенческого диссонанса, где декларативные ценности не всегда переводятся в действия. Более того, в ЭГ на завершающем этапе вы-

сокий уровень ценностного отношения к здоровью стал доминирующим по сравнению с КГ (46,4% против 14,9%), что свидетельствует об успешной интеграции здоровьесберегающих практик в образовательный процесс. Эти данные коррелируют с эмпирическими исследованиями, показывающими, что целенаправленные программы могут повышать самооффективность и мотивацию к здоровому поведению, снижая риски, связанные с подростковыми факторами риска, такими как стресс или неадекватное питание.

Дополнительно, на заключительном этапе в ЭГ наблюдалось приблизительно равное распределение среднего и высокого уровней ценностного отношения к здоровью (53,6% и 46,4% соответственно), что указывает на гармоничную структуру ценностного отношения к здоровью без доминирования крайних позиций. В КГ, напротив, высокий уровень встречался с минимальной частотой по сравнению со средним и низким уровнями, что подтверждается статистикой ($\chi^2=17,139$; $p \leq 0,001$) и отражает отсутствие прогресса. Эти результаты подчеркивают необходимость внедрения комплексных подходов в школьное образование, включая просветительские семинары, практические тренинги и мониторинг, для культивирования устойчивого ценностного отношения к здоровью. В долгосрочной перспективе такие изменения могут способствовать не только физическому благополучию, но и эмоциональной резилиентности, личностному росту и снижению нагрузки на систему здравоохранения.

Заключение и выводы. Проведенное исследование подчеркивает значимость целенаправленных программ в формировании ценностного отношения к здоровью среди молодежи, демонстрируя глубокие трансформации в экспериментальной группе (ЭГ), которые выходят за рамки простого усвоения знаний. Анализ результатов свидетельствует о том, что участники ЭГ не только интегрировали здоровье в иерархию приоритетных жизненных ценностей, но и осознали его многогранную роль в личностном развитии, где здоровье выступает как универсальная ценность, способствующая гармоничному функционированию индивида. Более того, респонденты продемонстрировали глубокие знания в области сохранения и поддержания здоровья, что проявлялось в самостоятельном поиске информации и активном интересе к темам, таким как питание, физическая активность и профилактика заболеваний. Это указывает на переход от пассивного восприятия здоровья как абстрактной категории к активному, мотивированному поведению, иллюстрируя принципы самоопределения, где внутренняя мотивация способствует устойчивым изменениям.

Участники ЭГ также проявили выраженную активность в укреплении собственного здоровья, что свидетельствует о глубокой интеграции этой ценности в их мировоззрение. Здоровье перестало быть декларативным понятием и приобрело индивидуальную эмоциональную окраску и личностный смысл, отражая процесс субъектной рефлексии. Например, в эмпирических примерах участники ЭГ описывали здоровье как «личный ресурс для достижения целей», что подчеркивает его роль в самоактуализации, а не только в физическом благополучии.

Ключевыми психологическими показателями формирования личности, выявленными в исследовании, стали: повышение значимости здоровья в ценност-

ной системе, где оно конкурирует с другими приоритетами, такими как карьера или отношения; взаимообогащение понятия здоровья личным опытом, включая эмоциональные аспекты (например, чувство удовлетворения от здорового образа жизни) и индивидуальные смыслы (здоровье как основа для творчества); усиление целостности, интегративности и гармоничности внутренней структуры ценностного отношения, что минимизирует ценностно-поведенческий диссонанс; возрастание личной ответственности за здоровье, проявляющееся в планировании и контроле [2].

Эти выводы имеют практическое значение для психологии, подчеркивая необходимость внедрения программ, сочетающих когнитивное обучение с эмоциональным вовлечением и практическими тренингами. В долгосрочной перспективе такие интервенции могут способствовать профилактике заболеваний и повышению качества жизни, способствуя формированию здорового общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцыферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности. М.: Изд-во МГУ, 1981. С. 3-18.
2. Каширский Д.В., Шмойлова Н.А. Психологические особенности ценностного отношения к здоровью личности с разным уровнем самоактуализации // Психолог. 2019. № 3. С. 10 - 20.
3. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб: Евразия, 1999. 478 с.
4. Мотков О.И. Самореализация, гармоничность и психологическое благополучие личности // Проблемы психологического благополучия: Мат-лы международной науч. конф. Екатеринбург, 2021. С. 21-26.
5. Никифоров Г.С., Гофман О.О. Психология здоровья: к истории становления // Ананьевские чтения. 2023. Человек в современном мире: потенциалы и перспективы психологии развития: Мат-лы международной науч. конф. Санкт-Петербург, 17–20 октября 2023 г. М.: ООО «Союзкниг», ООО «Кириллица», 2023. С. 265.
6. Практическая психология в образовании / под ред. И.В. Дубровиной. М., 2022. 528 с.
7. Федина Л.В., Кухтерина Г.В., Саитгалиева Г.Г. Психологическое благополучие студентов в гетерогенной среде университета // Психологическая наука и образование. 2023. Т. 28. № 6. С. 70-81.
8. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95-121.
9. Шмойлова Н.А. Формирование ценностного отношения к здоровью: психолого-педагогический аспект // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 3. С. 76-88.

REFERENCES

1. Anczyferova L.I. K psikologii lichnosti kak razvivayushhejsya sistemy` // Psikhologiya formirovaniya i razvitiya lichnosti. M.: Izd-vo MGU, 1981. S. 3-18.
2. Kashirskij D.V., Shmojllova N.A. Psikhologicheskie osobennosti czennostnogo otnosheniya k zdorov`yu lichnosti s razny`m urovnem samoaktualizaczii // Psikholog. 2019. # 3. S. 10 - 20.

3. Maslou A. Motivacziya i lichnost'. SPb: Evraziya, 1999. 478 s.
4. Motkov O.I. Samorealizacziya, garmonichnost' i psikhologicheskoe blagopoluchie lichnosti // Problemy` psikhologicheskogo blagopoluchiya: Mat-ly` mezhdunarodnoj nauch. konf. Ekaterinburg, 2021. S. 21-26.
5. Nikiforov G.S., Gofman O.O. Psikhologiya zdorov`ya: k istorii stanovleniya // Anan`evskie chteniya. 2023. Chelovek v sovremennom mire: potenczialy` i perspektivy` psikhologii razvitiya: Mat-ly` mezhdunarodnoj nauch. konf. Sankt-Peterburg, 17–20 oktyabrya 2023 g. M.: OOO «Soyuzknig», OOO «Kirillicza», 2023. S. 265.
6. Prakticheskaya psikhologiya v obrazovanii / pod red. I.V. Dubrovinoj. M., 2022. 528 s.
7. Fedina L.V., Kukhterina G.V., Saitgalieva G.G. Psikhologicheskoe blagopoluchie studentov v geterogennoj srede universiteta // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2023. T. 28. # 6. S. 70-81.
8. Shevelenkova T.D., Fesenko T.P. Psikhologicheskoe blagopoluchie lichnosti // Psikhologicheskaya diagnostika. 2005. # 3. S. 95-121.
9. Shmojlova N.A. Formirovanie czennostnogo otnosheniya k zdorov`yu: psikhologo-pedagogicheskij aspekt // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (20). # 3. S. 76-88.

N.A. Shmoilova

VALUE ATTITUDE TO HEALTH AS AN INDICATOR OF PROGRESSIVE PERSONAL DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE

Barnaul Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia (Barnaul).

Summary. The results of the study of the relationship between the value attitude to health and personal development are given. The psychological indicators of personality formation revealed during the study are: increasing the importance of health in the personality value system, mutual enrichment of the concept of "health" by personal experience (emotional content of value, presence of individual meanings), strengthening the integrity, integrativeness and harmony of the internal structure of the value attitude to health, increasing human responsibility for his health.

Keywords: health, value attitude to health, components of value attitude to health, development, adolescence, value system.

УДК 615.851+616.3+008.222+616-08-035

А.А. Бебенин, С.В. Гречаный

**ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА В ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ (КРАТКИЙ ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)****ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» (Санкт-Петербург).**

Резюме. Проведен систематический анализ данных, имеющих в современной отечественной и зарубежной литературе, которые затрагивают проблематику лечения неорганического энкопреза у детей. В работе представлены данные исследований, посвященные поиску эффективных методов терапии энкопреза у детей и подростков, включающих использование современных фармацевтических препаратов, немедикаментозные воздействия терапевтического и реабилитационного характера - психотерапию, гипнотерапию, диетотерапию, туалетный тренинг и др.. В результате проведенных исследований выяснилось, что лечение детей и подростков с энкопрезом требует различных подходов с учетом целого ряда критериев.

Ключевые слова: энкопрез, недержание кала, терапия энкопреза, туалетный тренинг.

Недержание кала, неспособность контролировать акт дефекации называют энкопрезом. Наблюдают его, как правило, у детей. У 70% пациентов заболевание начинается до 5 лет. Заболеванию часто предшествует задержка стула. Сам термин «энкопрез» обычно обозначает недержание кала функциональной природы: как правило, проктологи и неврологи при обследовании не находят каких-либо анатомических (механических) и неврологических изменений, которыми можно было бы объяснить данное расстройство. По данным разных авторов, большинство детей начинает удерживать кал в возрасте 1-2 лет, однако, как и при недержании мочи, до 4 лет (с учетом хронологического и психического возраста) диагноз «энкопрез» не ставится, поскольку процесс формирования навыков опрятности может задерживаться у недоношенных и часто болеющих детей [14].

В настоящее время в плане терминологии следует придерживаться рекомендаций МКБ-10, диагностическими критериями которого при энкопрезе являются: повторяемость эпизодов непроизвольного недержания каловых масс 1 раз в месяц и более у ребенка старше 4 лет. При этом отсутствует грубая органическая патология нервной системы (аганглионарный мегаколон, расщепление позвоночника), деменция, врожденные или приобретенные аномалии кишечника, желудочно-кишечная инфекция, чрезмерное употребление слабительных [12].

Большинство авторов, как отечественных, так и зарубежных, сходятся во мнении, что тактика лечения энкопреза в детском возрасте зависит от этиопатогенетических причин его формирования [2, 12, 14, 15, 16, 20, 22]. Бесспорно, огромный вклад в лечение энкопреза вносит тесное сотрудничество врача-специалиста по данной проблеме с семьей ребенка, наличие положительной мо-

тивации и готовности к совместной работе. Только полное доверие родителей к психотерапевту и сотрудничество с ним приведет к высокой результативности всех терапевтических методик. Помощь этим пациентам должна включать регулярное освобождение прямой кишки и толстого кишечника от каловых масс и постоянную безболезненную дефекацию, чего можно добиться при готовности родителей к сотрудничеству с врачом. При этом родители должны получить необходимую информацию о сущности энкопреза и основных механизмах опорожнения кишечника, а больной ребенок иметь желание избавиться от данного дефекта.

В настоящий момент основополагающими принципами терапии энкопреза в зависимости от этиологической причины и возраста ребенка являются: 1) адекватное обучение навыкам пользования туалетом; 2) коррекция способов воздействия на ребенка, в частности, отказ от обвинений, использование системы бонусов, наград и поощрений, в том числе материальных; 3) выявление и коррекция сопутствующих проблем в микросоциальном окружении ребенка, в том числе коррекция типов неправильного семейного воспитания и расстройств поведения у ребенка [14].

Применению психообразовательной интервенции при энкопрезе обычно предшествует подбор адекватного рациона питания с достаточным объемом клетчатки для обеспечения необходимой перистальтики кишечника и нормализация распорядка дня [1, 2, 5, 12, 14, 15, 20, 22, 23].

Как известно, у здорового ребенка физиологические предпосылки контроля за дефекацией, а, следовательно, и возможность приучения к горшку/туалету, формируются в 1,5-2,5 года. Навык опрятности возникает только при наличии у ребенка регулярного стула, что возможно при условии развитой моторики кишечника. В литературе, посвященной привитию навыков опрятности, большое значение придается положению тела при дефекации. Подчеркивается, что поза «сидения на горшке» не самая естественная для ребенка. Попытки произвольной дефекации можно облегчить ребенку, держа его на руках или используя положение «сидя на корточках». Несвоевременное и настойчивое приучение к горшку может привести к стойкому страху на него садиться. Стоит отметить, что во многих случаях причина недержания кала – это не отсутствие готовности к пользованию туалетом, а незнание родителями стратегий по эффективному обучению этому ребенка. А иногда это – неумение востребовать уже имеющиеся знания [14, 15, 12].

При отказе ребенка садиться на горшок ввиду болезненной дефекации вначале рекомендуется преодолеть страх перед актом дефекации. Для этого необходимо устранить отрицательный условный рефлекс, связанный с посещением туалета. Применение игрушек, чтение книжек, разукрашивание горшка, веселое времяпрепровождение успешно с этим справляются. Ребенку просто дают возможность поиграть вблизи горшка или туалетной комнаты. Постепенно его высаживают на место, где совершается физиологическое отправление. Необходимо, чтобы ребенок переживал позитивный настрой при нахождении в туалетной комнате. Вначале ребенка приводят в туалет всего на 30 секунд с дальнейшим

увеличением его нахождения там до 5 минут. Вначале цель опорожнить кишечника не ставится, и ребенок может все время находиться в памперсе. Когда ребенок сидит на унитазе, то внимательно следят за правильным положением его тела и ног. Чтобы дефекация самостоятельно произошла, ребенок должен быть полностью расслаблен. После успешного привыкания ребенка к горшку, его следует высаживать на него только в необходимый момент [5, 11, 12, 14, 22, 23].

У пациентов с недостаточно критичным отношением к своему расстройству, а также у детей с психическим инфантилизмом, задержкой развития и ментальным отставанием предпочтение отдается методам развития мотивации к чистому белью с помощью системы призов и бонусов. Родителям дается рекомендация отслеживать невербальные знаки, предварительно исходящие от детей, такие как «мимика дефекации» (напряжение мышц лица), «поза дефекации» (сидение на корточках в определенном месте). Легко догадаться, что в этом случае ребенка необходимо направить в туалет. Разговор с ребенком следует вести нарративным (повествовательным) тоном, избегая резких и директивных обращений, с обязательным поощрением каждого результативного посещения туалета [5, 12, 20, 22, 23].

Практически все отечественные и зарубежные авторы огромное значение придают так называемому «Туалетному тренингу». Цель туалетного тренинга — добиться регулярности дефекации, установив определенное время посещения туалета. Обычно оговариваются от двух до четырех периодов в течение дня, согласованных со временем принятия слабительных (при ретентивном энкопрезе), приема пищи или с другими режимными моментами. В зависимости от возраста, уровня развития ребенка и прежде всего от терапевтической мотивации туалетный тренинг может и должен быть предварительно структурирован и при надобности предусматривать оказание помощи. Например, может потребоваться научить пациента, как приводить себя в порядок после спонтанной дефекации. Можно подключать ребенка к стирке испачканного фекалиями белья. Нередко помимо туалетного тренинга нужна договоренность с пациентом о том, как он будет вести себя в случае недержания кала. При этом пациенту понадобится помощь в смене одежды, переносе грязного белья в подходящее место и окончательном приведении себя в порядок. Кроме того, иногда требуется вмешательство и в другие области гигиены, например забота о том, чтобы пациент — независимо от недержания кала — регулярно мылся, принимал душ, менял одежду [6, 11, 12, 14, 15, 20, 22].

Несмотря на 75-летний период, с момента выхода первой отечественной монографии (1950), основным видом немедикаментозного лечения энкопреза по сей день остается психотерапия. Психогенно обусловленный энкопрез хорошо поддается лечению при рациональной (разъяснительной), семейной, индивидуальной и групповой психотерапии, на это ссылаются большинство авторов [2, 3, 4, 7, 10, 12, 14, 15, 16]. У дошкольников и младших школьников чаще используют игровую психотерапию, цель которой снизить психоэмоциональное напряжение, тревогу и страхи [12, 14].

В конце прошлого столетия активно применялись различные виды сугге-

стивной терапии в бодрствующем состоянии, просоночном и предсонном состоянии [2, 4, 10, 12, 14]. В одной из методик проведения сеанса суггестии пациенту вводят в задний проход дренажную трубку или кончик клизмы, он должен был с силой сжать ее анальным жомом и периодически разжимать. Сначала это делалось в положении лежа, через несколько дней в положении стоя, затем при ходьбе. Отмечался очень хороший эффект от такой терапии, особенно если она сочеталась с другими способами лечения [2, 15]. Однако в современных реалиях от данной процедуры отказываются, так как введение в задний проход дренажной трубки (или клизмы) вызывает неприятные ощущения у ребенка, что часто является причиной его невротизации [10, 11, 15].

Также авторы сходятся во мнении, что хороший эффект дает самовнушение (аутогенная тренировка), во время которой ребенок сам произносит фразу о том, что в течение дня будет чистым в любой обстановке и вовремя почувствует позыв к дефекации. Конкретная словесная формулировка может варьироваться в зависимости от возраста ребенка и степени сохранности позыва к акту дефекации [2, 11, 12, 14].

Все вышеуказанные методы активно применяются при неврозоподобном энкопрезе, когда имеется гипотония мышц толстого кишечника, ослабление позыва на дефекацию, снижение силы сфинктеров. В данном случае необходимо сочетать комплекс лечебно-профилактических мер – внушение с диетотерапией, рациональную психотерапию с механическими тренировками сфинктеров, физиотерапией, рефлексотерапией и т. д. Во время лечения создаются необходимые условия для регулярного стула в утренние часы, если есть необходимость, применяют очистительные клизмы. Авторами делается акцент на том, что каловыделения – это рефлекторный процесс, а при энкопрезе этот рефлекс нарушен, так что все лечебные мероприятия должны быть направлены на его восстановление [2, 11, 14]. Ряд авторов ссылается на хороший эффект рефлекторной электростимуляции анального сфинктера [2, 4, 11, 14].

В лечении невротического энкопреза первоочередной задачей ставится выяснение причины внутриличностного конфликта. Часто обнаруживается истерический механизм невротизации, наиболее адекватным выбором лечения которого будет суггестивная терапия седативного содержания, заканчивающаяся императивным внушением. Авторы указывают, что суггестию можно проводить в любом гипнотическом состоянии, просоночном или предсонном, но лучший эффект дает суггестия в бодрствующем состоянии [2, 11, 14]. Конечно, лечение невротического энкопреза без психотерапии невозможно. Индивидуальная психотерапия, которая начинается с момента входа пациента в кабинет и до полного выздоровления, а также системная семейная психотерапия, имеют целью оптимизацию семейных взаимоотношений для замены патологического поведения ребенка на менее разрушительное для него, не лишая его возможности быть полезным семье. Не меньшее значение в коррекции энкопреза имеет и групповая игровая психотерапия, во время которой происходит укрепление уверенности в своих силах и улучшение адекватных навыков взаимодействия [11, 12, 14].

Если энкопрез является протестной реакцией, то семья нуждается в наблю-

дении у детского психотерапевта. В литературе этот феномен описывается как вариант борьбы за статус в семейной иерархии, например, при появлении в семье отчима, или же чрезмерно настойчивое и преждевременное высаживание ребенка на горшок. В таких случаях следует обязательно изъять ребенка из психотравмирующей ситуации (нередко только этот шаг избавляет ребенка от недержания кала). Затем проводится обучение родителей навыкам эффективного воздействия на ребенка и приучение к выполнению родительских требований. Также производится седативное внушение, направленное на формирование чувства внутренней стабильности и спокойствия, а затем внушается равнодушие к тем факторам, которые вызвали реакцию протеста. Одновременно с этим производится рациональная терапия с отвлечением от неприятных переживаний и стрессорных воздействий [2, 10, 11, 14].

Главной целью БОС-терапии в лечении энкопреза является получение усиления мощности ЭЭГ в диапазоне бета-ритмов (12-16 или 16-25 Гц) при одновременном ослаблении мощности ЭЭГ в диапазоне тета-ритмов (4-8 Гц). Данная методика приводит к изменению параметров функционирования коры головного мозга и изменению взаимоотношений между структурами в направлении восстановления их нормального взаимодействия [14]. В зарубежных клиниках БОС-терапия проводится при помощи компьютерных программ, которые регистрируют давление в аноректальной области и проецируют на экран. Пациент имеет возможность в реальном времени корректировать силу сжатия датчиков, тем самым улучшая функциональные возможности анального сфинктера. Эффективность биологически обратной связи (БОС) в лечении энкопреза по настоящее время остается дискуссионной, потому как нет достоверных данных, подтверждающих или опровергающих ее эффект [11, 12, 14, 22, 23].

В качестве помогающих методов коррекции энкопреза назначается комплекс упражнений, укрепляющий мышцы промежности, лечебная физкультура [11], упорядочивание двигательной активности, тренировка мышечного расслабления [14]. Отдельной главой лечение энкопреза иглорефлексотерапией выделили М.И. Буянов [2] и Ю.А. Фесенко [14].

Стоит отметить взгляд зарубежных авторов на проблему энкопреза. В опубликованных работах указывается, что в большинстве случаев недержание кала сочетается с запорами и, соответственно, лечение сводится к применению слабительных средств, и только это лечение приводит к положительным результатам. Само лечение запоров сводится к нескольким этапам. Первый этап лечения заключается в выведении твердых каловых масс из толстой кишки. Удаление твердых каловых масс позволяет толстой кишке вернуться к нормальному размеру и функционированию. Для этих целей используют клизмы с глицерином, солевые клизмы, клизмы с молочным сиропом и, в последнее время, клизмы с оливковым маслом [21]. Однако в педиатрической практике в амбулаторных условиях полиэтиленгликоль (ПЭГ 3350) стал препаратом первой линии для лечения функциональных запоров из-за его эффективности, безопасности и хорошей переносимости. Цель второго этапа лечения состоит в том, чтобы сделать стул очень мягким и предотвратить повторное образование твер-

дого стула, пока толстая кишка не вернется к нормальному размеру и не начнет функционировать должным образом. На этом этапе назначаются пероральные препараты: полиэтиленгликоль (ПЭГ) 3350 от 0,2 г/кг/сут до 0,8 г/кг/сут; лактулоза от 1 мл/кг/сут до 3 мл/кг/сут, гидроксид магния от 0,5 мл/кг/сут до 3 мл/кг/сут; докузат натрия 5 мг/кг/сут; минеральное масло (смазка) от 1 до 3 мл/кг/сут; сенна от 2,5 мл/сут до 7,5 мл/сут; бисакодил от 5 до 10 мг в день.

Третий этап представляет собой немедикаментозную поддерживающую терапию: детям, страдающим запорами, рекомендуется употреблять достаточное количество клетчатки и жидкости, а также вести активный образ жизни. Детей, приученных к туалету, следует поощрять за то, что они сидят на унитазе и пытаются опорожнить кишечник в течение 5–10 минут в одно и то же время дня, каждый день, после одного и того же приема пищи [18, 19, 21, 23].

Лечение же функционального энкопреза без запоров считают труднокурабельным и практически не поддающимся лечению [17, 20, 21, 22, 23].

Согласно теории патологической детерминанты [8], в зоне мозгового повреждения происходит формирование групп гиперактивных нейронов, которые с компенсаторной целью начинают продуцировать неконтролируемый поток импульсов. Данный генератор патологического возбуждения представляет собой начальные этапы эпилептизации мозга, меняя его функциональное состояние. Таким образом образуется патологическая система, патогенетическое значение которой заключается в возникновении психопатологического синдрома. Суть терапевтического процесса заключается в дестабилизации и ликвидации патологической системы [8, 9]. Резидуально-органические нарушения головного мозга у таких детей выявляются в 65% случаев согласно данным ЭЭГ-обследований детей, страдающих энкопрезом от 3 до 11 лет [14]. В данной теории энкопрез является динамической моделью структурно-функциональной патологической системы с нарушенными внутримозговыми связями, при которой эпилептогенез относится к одному из ключевых механизмов патогенеза, когда дезорганизация корково-подкорковых взаимоотношений приводит к срыву физиологической работы нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Подавление патологической системы при энкопрезе и устранение эпилептизации мозга назначением антиконвульсантов обеспечивает компенсацию и других сложных патологических систем, лежащих в основе соболезенных психопатологических синдромов [13].

Подытоживая сказанное, важно подчеркнуть объединяющую позицию как отечественных, так и зарубежных авторов, которая заключается в применении сразу нескольких методов, дополняющих друг друга, что позволяет полно и быстрее восстанавливать нарушенные функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельмер С.В., Хавкин А.И., Печкуров Д.В. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (международные и отечественные рекомендации). М.: ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2020. 224 с.
2. Буянов М.И. Недержание мочи и кала. М.: Медицина, 1985. 184 с.

3. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина, 1977. 272 с.
4. Духанов А.Я. Недержание кала у детей. Л.: Медгиз, 1950. 153 с.
5. Ермоленко К.Д., Кириленко Л.А., Долгих В.В. Актуальные подходы к лечению функциональных запоров у детей // Фарматека. 2023. Т. 30, № 4-5. С. 109-114. doi 10.18565/pharmateca.2023.4-5.109-114.
6. Захарова И.Н., Пупыкина В.В. Формирование правильных туалетных навыков как ключевой элемент профилактики и терапии функциональных запоров: от физиологии дефекации к практическим решениям // Педиатрия. Consilium Medicum. 2025. № 2. С. 137-142.
7. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 508 с.
8. Крыжановский Г.Н. Патологические доминанта и детерминанта в патогенезе нервных и психических расстройств // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2002. Т. 102, № 3. С. 4-8.
9. Лохов М.И., Скоромец А.А., Фесенко Ю.А. Возможности ранней диагностики минимальной дисфункции мозга (МДМ) у детей 2–7 лет по результатам компьютерного анализа ЭЭГ // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2005. XII (3). С. 87–91.
10. Нахимовский А.И., Шишков В.В. Практическая психотерапия детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 383 с.
11. Немых Л.С. Эмоциональные и поведенческие расстройства детского возраста: системные неврозы заикание энурез энкопрез: учебно–методическое пособие для врачей психиатров, детских неврологов, медицинских психологов, клинических ординаторов и интернов. Воронеж: ООО «Издательство Ритм», 2017. 208 с.
12. Новикова В.П., Гурова М.М., Богданова Н.М., Гречаный С.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 360 с.
13. Ретюнский К.Ю. Системные расстройства детского и подросткового возраста с затяжным неблагоприятным течением:(клиника, патогенез, терапия): Автореф. дис. докт. мед. наук. Томск, 2003. 49 с.
14. Фесенко Ю. А. Возрастная физиология и психофизиология: энурез и энкопрез у детей: практическое пособие. 2-е изд. М.: Изд-во Юрайт, 2025. 168 с.
15. Шанько Г.Г. Энкопрез неорганической природы: учебно-методическое пособие. Минск: БелМАПО, 2007. 26 с.
16. Шевченко Ю.С., Дерягина М.А., Астахова О.А. Клинико-этиологические механизмы функционального энкопреза // Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели). М.: Медицинское информационное агентство, 2018. С. 179–187.

REFERENCES

1. Bel'mer S.V., Khavkin A.I., Pechkurov D.V. Funkczional'ny'e rasstrojstva organov pishhevareniya u detej. Principy` diagnostiki i lecheniya (mezhdunarodny'e i otechestvenny'e rekomendaczii). М.: ООО Izdatel'skaya gruppа «GE'OTAR-

Media», 2020. 224 s.

2. Buyanov M.I. Nederzhanie mochi i kala. M.: Mediczina, 1985. 184 s.

3. Garbuzov V.I., Zakharov A.I., Isaev D.N. Nevrozy` u detej i ikh lechenie. L.: Mediczina, 1977. 272 c.

4. Dukhanov A.Ya. Nederzhanie kala u detej. L.: Medgiz, 1950. 153 s.

5. Ermolenko K.D., Kirilenko L.A., Dolgikh V.V. Aktual`ny`e podkhody` k lecheniyu funkczional`ny`kh zaporov u detej // Farmateka. 2023. T. 30, # 4-5. S. 109-114. doi 10.18565/pharmateca.2023.4-5.109-114.

6. Zakharova I.N., Pupy`kina V.V. Formirovanie pravil`ny`kh tualetny`kh navy`kov kak klyuchevoj e`lement profilaktiki i terapii funkczional`ny`kh zaporov: ot fiziologii defekaczii k prakticheskim resheniyam // Pediatriya. Consilium Medicum. 2025. # 2. S. 137-142.

7. Isaev D.N. Psichosomaticheskie rasstrojstva u detej: rukovodstvo dlya vrachej. SPb.: Piter, 2000. 508 s.

8. Kry`zhanovskij G.N. Patologicheskie dominanta i determinanta v patogeneze nervny`kh i psichicheskikh rasstrojstv // Zh. nevrol. i psikhiatr. im. C.C. Korsakova. 2002. T. 102, # 3. S. 4-8.

9. Lokhov M.I., Skoromecz A.A., Fesenko Yu.A. Vozmozhnosti rannej diagnostiki minimal`noj disfunkczii mozga (MDM) u detej 2–7 let po rezul`tatam komp`yuternogo analiza E`E`G // Ucheny`e zapiski SPbGMU im. akad. I.P. Pavlova. 2005. XII (3). S. 87–91.

10. Nakhimovskij A.I., Shishkov V.V. Prakticheskaya psikhoterapiya detej i podrostkov. SPb.: Rech`, 2003. 383 s.

11. Nemy`kh L.S. E`moczial`ny`e i povedencheskie rasstrojstva detskogo vozrasta: sistemny`e nevrozy` zaikanie e`nurez e`nkoprez: uchebno–metodicheskoe posobie dlya vrachej psikhiatrov, detskikh nevrologov, mediczinskikh psikhologov, klinicheskikh ordinatorov i internov. Voronezh: OOO «Izdatel`stvo Ritm», 2017. 208 s.

12. Novikova V.P., Gurova M.M., Bogdanova N.M., Grechany`j S.V. Funkczional`ny`e zabolevaniya zheludochno-kishechnogo trakta u detej. Rukovodstvo dlya vrachej. M.: GE`OTAR-Media, 2023. 360 s.

13. Retyunskij K.Yu. Sistemny`e rasstrojstva detskogo i podrostkovogo vozrasta s zatyazhny`m neblagopriyatny`m techeniem:(klinika, patogeneze, terapiya): Avtoref. dis. dokt. med. nauk. Tomsk, 2003. 49 s.

14. Fesenko Yu. A. Vozrastnaya fiziologiya i psichofiziologiya: e`nurez i e`nkoprez u detej: prakticheskoe posobie. 2-e izd. M.: Izd-vo Yurajt, 2025. 168 s.

15. Shan`ko G.G. E`nkoprez neorganicheskoy prirody`: uchebno-metodicheskoe posobie. Minsk: BelMAPO, 2007. 26 s.

16. Shevchenko Yu.S., Deryagina M.A., Astakhova O.A. Kliniko-e`tiologicheskie mekhanizmy` funkczional`nogo e`nkopreza // Klinicheskaya psikhoterapiya (instinktivno-povedencheskie i nejropsikhologicheskie modeli). M.: Mediczinskoe informaczionnoe agentstvo, 2018. S. 179–187.

17. Beaudry-Bellefeuille I, Booth D, Lane SJ. Defecation-Specific Behavior in Children with Functional Defecation Issues: A Systematic Review. Perm J. 2017;21:17-047. doi: 10.7812/TPP/17-047. PMID: 29035187; PMCID:

PMC5638627.

18. Constipation in children and young people: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 Jul.

19. Diaz S, Bittar K, Hashmi MF, et al. Constipation. [Updated 2023 Nov 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.

20. Koppen IJ, von Gontard A, Chase J, Cooper CS, Rittig CS, Bauer SB, Hom-sy Y, Yang SS, Benninga MA. Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol*. 2016 Feb;12(1):56-64.

21. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Benninga MA. Review article: faecal incontinence in children: epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation and management. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013 Jan;37(1):37-48. doi: 10.1111/apt.12103. Epub 2012 Oct 28. PMID: 23106105.

22. Von Gontard, A.. Enkopresis. In: Gerlach, M., Mehler-Wex, C., Romanos, M., Walitza, S., Wewetzer, C. (eds) *Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. Springer, Berlin, Heidelberg 2023

23. Yilanli M, Gokarakonda SB. Encopresis. 2023 Jul 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.

24. Yokoi A, Kamata N. The usefulness of olive oil enema in children with severe chronic constipation. *J Pediatr Surg*. 2021 Jul;56(7):1141-1144.

A.A. Bebenin, S.V. Grechany

TREATMENT OF INORGANIC ENCOPRESIS IN CHILDHOOD (BRIEF LITERATURE REVIEW)

Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg).

Resume. A systematic analysis of the data available in modern Russian and foreign literature that address the treatment of inorganic encopresis in children has been carried out. The paper presents research data on the search for effective therapies for encopresis in children and adolescents, including the use of modern pharmaceuticals, non-medicinal therapeutic and rehabilitative effects, including psychotherapy, hypnotherapy, diet therapy, toilet training, etc.. As a result of the conducted research, it turned out that the treatment of children and adolescents with encopresis requires various hikes, taking into account a number of criteria.

Keywords: encopresis, fecal incontinence, encopresis therapy, encopresis treatment, toilet training.

УДК 159.922.76:316.774:355.02И.Д. Горнушенков, А.А. Коваль-Зайцев, А.Н. Бархатова, Г.А. Попова,
Ю.А. Чайка

**ДЕТИ-СВИДЕТЕЛИ И УЧАСТНИКИ КИБЕРВОЙНЫ:
ОПОСРЕДОВАННАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ ЧЕРЕЗ СОЦИАЛЬНЫЕ
СЕТИ И ЦИФРОВЫЕ МЕДИА В УСЛОВИЯХ ГИБРИДНЫХ
КОНФЛИКТОВ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. Настоящий обзор исследует феномен опосредованной цифровой травматизации детей и подростков в условиях гибридных конфликтов. Анализируется, как интенсивное воздействие деструктивного контента, связанного с войной, формирует симптомокомплекс, сходный с посттравматическим стрессовым расстройством, но обладающий специфическими чертами. Выделены факторы дифференциальной уязвимости и устойчивости. Обоснована необходимость комплексных интервенций, включающих адаптированную психотерапию и развитие цифровой гигиены. Использовались базы данных Google Scholar, PubMed и др. источники.

Ключевые слова: вторичная травматизация, дети, подростки, гибридные конфликты, посттравматический стресс.

Введение. Современные военные конфликты все чаще характеризуются как гибридные, где информационное противостояние и цифровые технологии становятся неотъемлемой частью театра военных действий. В этом контексте традиционное понимание психологической травмы у детей и подростков, основанное на концепции прямого воздействия (участие в боевых действиях, физические ранения, потеря дома), требует существенного пересмотра. Цифровая среда и, в частности, социальные сети превратились в мощный вектор опосредованной травматизации, стирая границы между фронтом и тылом, физической и виртуальной реальностью. Дети и подростки, являясь наиболее активными пользователями цифрового пространства, оказываются не пассивными свидетелями, но зачастую и активными участниками кибервойны, что порождает уникальный и малоизученный комплекс психологических последствий [3, 14, 30].

Специфика данной проблемы заключается в том, что травматический опыт формируется не через непосредственную угрозу жизни, а через постоянное, навязчивое и часто неконтролируемое потребление жестокого контента, а также через вовлеченность в цифровые взаимодействия, свойственные гибридной войне. Исследования показывают, что просмотр графических изображений и видеозаписей насилия в социальных сетях может приводить к симптомам, схожим с симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) даже у людей, географически удаленных от событий [27]. Более того, интерактивная природа современных медиа создает новые стрессоры: целенаправленный кибербуллинг, доксинг (раскрытие личной информации), столкновение с пропагандой и дезинформацией, а также моральные дилеммы, связанные с участием в

онлайн-травле представителей «стороны противника» [12]. Это отличает цифровую травму от классической, добавляя к ней элементы постоянной гипербидительности в сети, чувства утраты цифровой приватности и безопасности, а также фрагментации картины мира под влиянием противоречивых нарративов.

Актуальность темы обусловлена беспрецедентным масштабом явления. На сегодняшний день множество детей и подростков ежедневно сталкивается в лентах социальных сетей с непроверенными, часто шокирующими материалами, связанными с войной. При этом когнитивное и эмоциональное развитие несовершеннолетних пользователей делает их особенно уязвимыми: не до конца сформированные механизмы копинга и критического мышления, повышенная восприимчивость к групповому влиянию и интенсивное формирование идентичности в подростковый период усугубляют воздействие цифровых стрессоров. Последствия могут варьироваться от острых стрессовых реакций и симптомов ПТСР до глубоких экзистенциальных кризисов, потери доверия к социальным институтам и долгосрочных изменений в мировоззрении [22].

Таким образом, нарративный обзор современной литературы по проблеме опосредованной цифровой травматизации детей и подростков в условиях гибридных конфликтов представляется своевременным и необходимым. Несмотря на растущий объем данных, они остаются разрозненными, а теоретические модели, описывающие генез и специфику «кибертравмы», только начинают формироваться. Целью настоящего обзора является систематизация имеющихся эмпирических данных, уточнение клинической картины, анализ факторов риска и устойчивости, а также обзор возможных направлений профилактики и психологической помощи. В основной части работы будут последовательно рассмотрены ключевые аспекты этой новой реальности детской психологической травмы.

Феноменология кибервойны: основные стрессоры и их воздействие. Феноменологический анализ кибервойны позволяет выделить несколько ключевых цифровых стрессоров, трансформирующих цифровую среду из нейтрального пространства коммуникации в источник хронической психологической угрозы для детей и подростков. В отличие от разового шокирующего контента, эти стрессоры носят системный, интерактивный и часто персонифицированный характер, что определяет их высокий травмогенный потенциал.

Во-первых, целенаправленные атаки на цифровую личность, такие как доксинг (doxxing) и мотивированный политической или этнической ненавистью кибербуллинг, представляют собой прямое нарушение границ и чувства безопасности. Доксинг, заключающийся в публикации личной или идентифицирующей информации (адреса, контактов родственников) с целью запугивания, создает у жертвы стойкое ощущение преследования и утраты контроля над приватностью, что коррелирует с развитием симптомов гипервозбуждения, генерализованной тревоги и панических атак. Для подростков, чья идентичность активно формируется в онлайн-пространстве, такая атака равносильна акту символического уничтожения, ведущему к глубокому стыду и социальной изоляции [9].

Во-вторых, погружение в среду конфликтующих нарративов и целенаправленной дезинформации порождает специфические когнитивные и экзистенци-

альные нарушения. Алгоритмические системы социальных сетей, создающие «пузыри фильтров», радикализируют восприятие, предлагая пользователю все более поляризованный контент. Люди, активно потребляющие новости о конфликте из соцсетей, демонстрируют более высокие показатели по шкалам когнитивного диссонанса и аномии – чувства распада нормативного социального порядка и дезориентации. Это состояние подрывает базовое доверие к информации и институтам, затрудняет формирование целостной картины мира и может подтолкнуть к поиску простых, часто радикальных, ответов, выступая фактором риска идеологической манипуляции [15, 16].

В-третьих, эстетика геймификации и инфотейнмента (infotainment), применяемая для подачи контента о реальном насилии, опосредует процесс десенсибилизации и морального огрубления. Трансляция боевых действий через форматы, заимствованные из видеоигр (цифровые карты, иконки, динамичная графика), или упаковка трагических новостей в развлекательные, кликбейтные формы способствуют эмоциональному отстранению. Как отмечают исследователи, постоянное воздействие такого контента не обязательно снижает уровень тревоги, но переводит ее в фоновый режим хронического стресса, одновременно притупляя эмпатический отклик и искажая восприятие серьезности и последствий реального насилия. Для детской психики это создает противоречивый коктейль из фоновой тревожности и нарушенной способности к сочувствию [6, 31].

Таким образом, основные стрессоры кибервойны – от прямых атак на личность до системного искажения информационной среды – действуют комплексно, формируя уникальный профиль травматизации. Он характеризуется сочетанием классических симптомов дистресса (тревога, гипервозбуждение) со специфическими нарушениями когнитивной (дезориентация, диссонанс) и морально-этической (агрессия, десенсибилизация) сфер. Это подтверждает тезис о необходимости выделения опосредованной цифровой травмы в качестве отдельного концепта, требующего как дальнейшего эмпирического изучения, так и разработки специализированных подходов к диагностике и психологической помощи, учитывающих интерактивную и персонифицированную природу цифровых угроз.

Клинические проявления и психологические механизмы опосредованной цифровой травматизации. Клиническая картина опосредованной цифровой травматизации у детей и подростков представляет собой комплекс симптомов, которые, пересекаясь с критериями классического ПТСР, обладают специфическими чертами, обусловленными природой цифрового контакта с угрозой. Ключевым отличием является отсутствие прямой физической угрозы для жизни индивида, что, однако, не нивелирует тяжесть последствий хронического психологического воздействия [21]. Клинические проявления можно структурировать по нескольким доменам.

Во-первых, это навязчивая интрузия травматического контента: непроизвольные воспоминания, флешбэки в виде внезапно всплывающих в сознании образов или видеосюжетов, увиденных в сети, а также ночные кошмары, сюжеты которых заимствованы из просмотренных материалов. Это отличает интрузию

живные симптомы от таковых при прямой травме, где воспоминания основываются на личном опыте. Во-вторых, стойкое избегание приобретает цифровую форму: подростки могут целенаправленно избегать определенных платформ, хэштегов, групп или даже отказываться от использования гаджетов, что ведет к социальной изоляции и нарушению повседневного функционирования. В-третьих, негативные изменения в когнитивной сфере и настроении проявляются в виде стойкого негативного эмоционального фона, трудностей с переживанием позитивных эмоций (ангедония), чувства отчужденности от сверстников, не столкнувшихся с аналогичным цифровым опытом, а также искаженных установок, основанных на чувстве вины [10, 19, 25].

Центральным психологическим механизмом, лежащим в основе этих проявлений, является феномен викарной (вторичной) травматизации, усиленный алгоритмическими системами. Постоянный, неконтролируемый поток графического контента о страданиях других приводит к эмпатическому перенапряжению и усвоению чужого травматического опыта как угрозы собственной безопасности [11]. Важную роль играет механизм хронической гипербдительности, который в цифровой среде трансформируется в навязчивый паттерн «doomscrolling» – компульсивного потребления тревожных новостей. Это поведение поддерживается и усиливается алгоритмами рекомендаций, создающими эффект «эхо-камеры», и формирует порочный круг тревоги: гипербдительность стимулирует поиск угрозы для ее предвосхищения, а найденная информация усиливает гипербдительность [5, 28]. Еще одним специфическим механизмом является кибердиссоциация – защитное состояние психики, при котором происходит отщепление эмоционального отклика от воспринимаемого цифрового контента. Внешне это может выглядеть как эмоциональная притупленность, однако внутренне сопровождается чувством нереальности происходящего на экране и собственного «я» в момент просмотра [24]. Этот механизм, первоначально адаптивный, при хроническом течении затрудняет последующую эмоциональную переработку переживаний и может способствовать развитию деперсонализационно-дереализационных симптомов.

Таким образом, клинические проявления опосредованной цифровой травматизации формируются под влиянием уникальных психологических механизмов, опосредованных технологической средой. Сочетание викарной травматизации, алгоритмически подпитываемой гипербдительности и кибердиссоциации создает профиль нарушений, для которого характерна коморбидность классических посттравматических симптомов с нарушениями регуляции эмоций, когнитивными искажениями и трудностями в социальном функционировании. Данный клинический профиль указывает на то, что существующие диагностические критерии ПТСР могут быть недостаточно чувствительны для оценки всего спектра последствий, что требует дальнейших исследований для валидации специфических маркеров и разработки соответствующих инструментов скрининга и диагностики.

Дифференциальная уязвимость: факторы риска и ресурсы устойчивости у детей и подростков. Воздействие цифровых стрессоров кибервойны распределено среди детской популяции неравномерно, что обусловливается слож-

ным взаимодействием индивидуально-психологических, контекстуальных и связанных с развитием факторов. Понимание этой дифференциальной уязвимости критически важно для адресной профилактики и вмешательства. Ключевым фактором риска выступает стадия когнитивного и эмоционально-волевого развития. Дети младшего школьного возраста в силу эгоцентризма и не до конца сформированных навыков критического мышления часто неспособны дистанцироваться от контента и могут воспринимать транслируемое насилие как непосредственную и личную угрозу, что повышает риск развития острых стрессовых реакций и соматических симптомов. Подростки, находящиеся в процессе активного формирования идентичности и поиска социальной принадлежности, особенно уязвимы к нарративам, предлагающим простые объяснения сложных конфликтов и четкое разделение на «своих» и «чужих», что может служить почвой для радикализации взглядов [1, 4, 8].

На индивидуальном уровне значимым предиктором тяжелых последствий является наличие преморбидных психических расстройств, таких как тревожность, депрессия или СДВГ. Для этих детей характерны изначальные трудности с эмоциональной регуляцией, что делает их менее способными справиться с дополнительной нагрузкой от шокирующего контента и приводит к усилению существующей симптоматики. Важную роль играют личностные черты, такие как высокая невротичность и поиск новых ощущений, которые могут приводить к компульсивному паттерну «doomscrolling». Социально-средовые факторы риска включают низкий уровень родительского медиационного сопровождения (parental mediation), отсутствие открытого обсуждения цифрового опыта в семье, а также принадлежность к маргинализированным или стигматизированным группам, что повышает вероятность стать мишенью целенаправленного кибербуллинга и доксинга [7, 18].

Параллельно с факторами риска формируется спектр протективных факторов, составляющих основу цифровой устойчивости (digital resilience). Центральным ресурсом выступает развитая медиаграмотность, включающая не только технические навыки, но и критическое осмысление источников информации, понимание алгоритмически запрограммированного способа формирования контента и распознавание манипулятивных техник [26]. Эмоциональная грамотность и адаптивные копинг-стратегии (например, переключение активности, осознанное ограничение времени в сети, практики самоуспокоения) позволяют регулировать воздействие стрессоров. Качество семейного окружения остается ключевым буфером: теплые, поддерживающие отношения с родителями, которые практикуют активное, но неконтролирующее обсуждение онлайн-жизни ребенка, создают безопасную основу для переработки трудного опыта [34]. Вне семьи таким ресурсом может выступать позитивная групповая идентичность, основанная на интересах или ценностях, не связанных с конфликтом (спортивные, творческие, волонтерские сообщества), которая обеспечивает альтернативный источник самоуважения и социальной поддержки [2].

Таким образом, уязвимость к опосредованной цифровой травматизации является продуктом мультифакторного взаимодействия. Она наиболее высока на

пересечении определенных стадий развития (младший школьный, подростковый возраст), преморбидной психологической уязвимости и дефицита поддерживающей социальной среды. Напротив, цифровая устойчивость формируется на основе сочетания когнитивных навыков (медиаграмотность), внутриличностных ресурсов (эмоциональная регуляция) и надежных поддерживающих отношений в семье и социуме. Эти данные подчеркивают невозможность универсального подхода и указывают на необходимость разработки дифференцированных программ профилактики и помощи, которые должны быть направлены как на укрепление индивидуальных компетенций ребенка, так и на активацию ресурсов его ближайшего окружения.

Направления психологической профилактики и интервенции в цифровой среде. Разработка эффективных стратегий профилактики и психологической помощи при опосредованной цифровой травматизации требует принципиально нового подхода, интегрирующего традиционные методы травмафокусированной терапии с цифровой гигиеной, медиаграмотностью и системной работой с окружением ребенка. Современные исследования указывают на необходимость многоуровневой модели вмешательства, действующей на индивидуальном, семейном и социально-технологическом уровнях.

На индивидуальном и групповом уровне наиболее перспективным направлением является адаптация доказательных методов к онлайн-контексту с акцентом на развитие цифровой устойчивости (digital resilience). Традиционные протоколы, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), могут быть модифицированы для работы с дисфункциональными когнициями, сформированными под влиянием дезинформации и алгоритмически усиленного восприятия угрозы (например, катастрофизацией, генерализацией опасности) [32]. При работе с интрузивными симптомами, связанными с конкретными просмотренными образами, показала свою эффективность нарративная экспозиционная терапия (NET), адаптированная для детей (KIDNET), в рамках которой травматический цифровой опыт структурируется и интегрируется в личную историю [29, 33]. Однако критически важным дополнением выступают не клинические, а просветительские программы, направленные на развитие критического мышления и эмоциональной саморегуляции в сети. Тренинги медиаграмотности, обучающие оценке источников, распознаванию манипулятивных техник и эмоциональных триггеров в контенте, являются ключевым профилактическим инструментом. Параллельно необходимы навыки цифровой гигиены: осознанное управление временем онлайн, курирование своей ленты, использование технических инструментов для блокировки травмирующего контента [13, 17].

На семейном уровне эффективность вмешательств напрямую зависит от качества родительского медиационного сопровождения (parental mediation). Исследования подчеркивают, что авторитарный контроль (полный запрет гаджетов) менее эффективен, чем стратегии активного медиационного воспитания, включающие совместное обсуждение онлайн-опыта, обучение безопасному поведению и моделирование здоровых цифровых привычек [18]. Программы, такие как «Семейный медиа-договор» или семинары для родителей по вопросам

цифровой безопасности в условиях конфликта, помогают создать дома «безопасную базу» для обсуждения трудного контента и снижают уровень тревоги у детей [20, 34]. В случаях, когда родители сами демонстрируют симптомы цифрового стресса, может быть показана семейная терапия, направленная на улучшение коммуникации и совместную выработку правил информационного потребления.

Таким образом, психологическая помощь в контексте цифровой травмы не может сводиться к оказанию индивидуальной терапии после возникновения расстройства. Она должна представлять собой комплексную экосистему превентивных и интервенционных мер, охватывающую самого ребенка, его семью и цифровую среду, в которой он существует. Наиболее эффективной представляется стратегия раннего вмешательства, нацеленная на развитие цифровой устойчивости через образование и поддержку семей в сочетании с адаптацией проверенных терапевтических протоколов к специфике опосредованного травматического опыта. Дальнейшие исследования должны быть направлены на оценку долгосрочной эффективности таких комплексных программ и разработку конкретных протоколов для различных возрастных и культурных групп.

Заключение. Проведенный нарративный обзор позволяет констатировать, что опосредованная цифровая травматизация детей и подростков в условиях гибридных конфликтов представляет собой качественно новое и клинически значимое явление. В отличие от классического посттравматического стресса, его генезис и проявления детерминированы специфическими характеристиками цифровой среды: персонифицированными атаками (доксинг), алгоритмическим усилением угрозы и конфликтующих нарративов, а также интерактивным вовлечением пользователя. Клиническая картина интегрирует симптомы, сходные с ПТСР (интрузии, избегание, гипервозбуждение), со специфическими нарушениями, такими как кибердиссоциация, моральная травма и компульсивный «doomscrolling». Уязвимость к этим воздействиям носит дифференцированный характер, определяясь стадией развития, преморбидными особенностями психики и качеством семейного и социального окружения, которое может выступать как фактором риска, так и ключевым ресурсом устойчивости.

Перспективы дальнейших исследований и практической работы лежат в нескольких плоскостях. Во-первых, необходима разработка и валидация специфических диагностических критериев и инструментов скрининга, позволяющих надежно идентифицировать расстройства, связанные именно с опосредованной цифровой травмой, в клинической и педагогической практике. Во-вторых, требуются лонгитюдные исследования для понимания отдаленных последствий хронического воздействия цифровых стрессоров на развитие личности, социальное функционирование и физическое здоровье. В-третьих, необходимым является создание комплексных, многоуровневых протоколов помощи, которые сочетали бы адаптированные методы травма-фокусированной терапии (КПТ, NET) с универсальными программами по развитию цифровой грамотности и устойчивости у детей, образованием родителей и просвещением педагогов.

REFERENCES

1. Akram, M., Nasar, A. (2023). Systematic review of radicalization through social media. *Ege Academic Review*. 23 (2). 279–296. <https://doi.org/10.21121/eab.1166627>
2. Ali, K., Farrer, L., Gulliver, A., Griffiths, K.M. Online Peer-to-Peer Support for Young People With Mental Health Problems: A Systematic Review *JMIR Ment Health* 2015;2(2):e19 <https://doi.org/10.2196/mental.4418>
3. Bae S.M. (2024). Characteristics and Treatment of Cyberviolence Trauma in Children and Adolescents. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3),169–174 <https://doi.org/10.5765/jkacap.240005>
4. Besschetnova, O.V., Volkova, O.A., Aliev, S.I., Ananchenkova, P.I., Drobysheva, L.N. (2021). The effect of digital mass media on mental health of children and youth. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 29(3). 462–467. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-3-462-467>
5. Blacha, S., Anderson, I.A., Mar, R.A. (2025). Tension in attention: Hypervigilance helps explain why marginalization leads to doomscrolling. *Psychology of Popular Media*. 14(4). 550–559. <https://doi.org/10.1037/ppm0000575>
6. Brockmyer, J.F. (2022). Desensitization and violent video games: mechanisms and evidence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 31(1). 121–132.
7. Brown, D.J. et al. (2025). Rethinking social media and mental health: The role of emotion regulation difficulties. *Computers in Human Behavior*. 108825. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2025.108825>
8. Cavallini, M.C., Tirelli, V., Derba, F. (2023). Virtual exposure to war in Ukraine: Thoughts and emotions of Italian adolescents with emotional difficulties. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*. 5(1,2,3). <https://doi.org/10.13129/2612-4033/0110-3776>
9. Chen, Q., Chan, K.L., Cheung, A.S.Y. (2018). Doxing victimization and emotional problems among secondary school students in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15(12). 2665. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122665>
10. Cohen, R. et al. (2025). Watch out!: Exploring the role of social-media exposure to political violence over-time. *Journal of Loss and Trauma*. 1–26. <https://doi.org/10.1080/15325024.2025.2560474>
11. Dubberley, S., Griffin, E., Bal, H.M. (2015). Making secondary trauma a primary issue: A study of eyewitness media and vicarious trauma on the digital frontline. *Eyewitness Media Hub*. 1-69. https://firstdraftnews.org/wp-content/uploads/2018/03/trauma_report.pdf
12. Finkelhor, D., Walsh, K., Jones, L., & Mitchell, K. (2021). Youth internet safety education: Aligning programs with the evidence base. *Trauma, Violence, & Abuse*. 22(5). 1233–1247. <https://doi.org/10.1177/1524838020916257>
13. Hammond, S.P., Polizzi, G., Bartholomew, K.J. (2023). Using a socio-ecological framework to understand how 8–12-year-olds build and show digital resilience: A multi-perspective and multimethod qualitative study. *Education and Information Technologies*. 28(4). 3681–3709. <https://doi.org/10.1007/s10639-022-11240-z>
14. Hoskins, A., & Shchelin, P. (2023). The war feed: Digital war in plain

sight. American Behavioral Scientist. 67(3). 449–463.
<https://doi.org/10.1177/00027642221144848>

15. Jeong, M. et al. (2019). Feeling displeasure from online social media postings: A study using cognitive dissonance theory. *Computers in Human Behavior*. 97. 231–240. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.02.021>

16. Kim, S. et al. (2024). Problematic social media use and conflict, social stress, and cyber-victimization among early adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 41(2). 223–233. <https://doi.org/10.1007/s10560-022-00857-1>

17. Lee, A.Y., Hancock, J.T. (2023). Developing digital resilience: An educational intervention improves elementary students' response to digital challenges. *Computers and Education Open*. 5. 100144. <https://doi.org/10.1016/j.caeo.2023.100144>

18. Livingstone, S., Stoilova, M. (2021). The 4Cs: Classifying online risk to children (CO:RE Short Report Series on Key Topics). Leibniz-Institut für Medienforschung | Hans-Bredow-Institut (HBI). <https://doi.org/10.21241/ssoar.71817>

19. Mahamid, F.A., Berte, D.Z. (2020). Portrayals of violence and at-risk populations: Symptoms of trauma in adolescents with high utilization of social media. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 18(4). 980–992. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9999-0>

20. Moreno, M.A. et al. (2021). Effect of a family media use plan on media rule engagement among adolescents: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 175(4), 351–358. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5629>

21. Neria, Y., Sullivan, G.M. (2011). Understanding the mental health effects of indirect exposure to mass trauma through the media. *JAMA*. 306(12). 1374–1375. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1358>

22. Nesi, J. (2020). The impact of social media on youth mental health: Challenges and opportunities. *North Carolina Medical Journal*. 81(2). 116–121. <https://doi.org/10.18043/ncm.81.2.116>

23. Østergaard, M.L.D. et al. (2023). Vulnerability factors in conflict-related mental health. *Medicine, Conflict and Survival*. 39(1). 63–80. <https://doi.org/10.1080/13623699.2022.2156232>

24. Ozturk, E., Erdogan, B. (2022). On the psychodigital components of cyber traumatization and dissociation: A psychosocial depiction of cyber societies as dissociogenic. *Medical Sciences*. 11(1). 422–428. <https://doi.org/10.5455/medscience.2021.12.411>

25. Pe'er, A., & Slone, M. (2022). Media exposure to armed conflict: Dispositional optimism and self-mastery moderate distress and post-traumatic symptoms among adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(18). 11216. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811216>

26. Qamaria, R.S. et al. (2025). Digital resilience in adolescence: A systematic review of models, methods and theoretical perspectives. *Multidisciplinary Reviews*. 8(9). 2025287. <https://doi.org/10.31893/multirev.2025287>

27. Rozanov, V.A., Rutz, W. (2021). Psychological trauma through mass media: Implications for a current “pandemic-infodemic” situation (A narrative review). *World Social Psychiatry*. 3(2). 77–86.

28. Salisbury, L. (2023). On not being able to read: Doomscrolling and anxiety

in pandemic times. *Textual Practice*. 37(6). 887–918. <https://doi.org/10.1080/0950236X.2022.2056767>

29. Samarah, E.M.S. (2024). Narrative exposure therapy to address PTSD symptomology with refugee and migrant children and youth: A review. *Traumatology*. 30(3). 260–273. <https://doi.org/10.1037/trm0000427>

30. Stoilova, M., Edwards, C., Kostyrka-Allchorne, K., Livingstone, S., Sonuga-Barke, E. (2021). Adolescents' mental health vulnerabilities and the experience and impact of digital technologies: A multimethod pilot study. London: London School of Economics and Political Science and King's College London. <https://doi.org/10.18742/pub01-073>

31. Thussu, D. (2003). Live TV and bloodless deaths: war, infotainment and 24/7 news. In D. K. Thussu, D. Freedman (Eds.) *Live TV and bloodless deaths: War, infotainment and 24/7 news* (pp. 117–132). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446215579.n9>

32. Varker, T., Jones, K.A., Arjmand, H.-A., & O'Donnell, M.L. (2021). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*. 18(4). 649–663. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>

33. Wilker, S. et al. (2020). The efficacy of Narrative Exposure Therapy for Children (KIDNET) as a treatment for traumatized young refugees versus treatment as usual: Study protocol for a multi-center randomized controlled trial (YOURTREAT). *Trials*, 21(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4127-4>

34. Zhang, X. (2023). The impact of online socialization on adolescent mental health: The mediating role of friendship quality and family relationships. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 2023(1). 7007025. <https://doi.org/10.1155/2023/7007025>

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

**CHILDREN AS WITNESSES AND PARTICIPANTS
IN CYBERWARFARE: MEDIATED TRAUMATIZATION
THROUGH SOCIAL NETWORKS AND DIGITAL MEDIA
IN THE CONTEXT OF HYBRID CONFLICTS
(REVIEW OF FOREIGN LITERATURE)**

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. This review examines the phenomenon of mediated digital traumatization of children and adolescents in the context of hybrid conflicts. It analyzes how intensive exposure to destructive war-related content forms a symptom complex similar to post-traumatic stress disorder, but with specific features. Factors of differential vulnerability and resilience are identified. The necessity for comprehensive interventions, including adapted psychotherapy and the development of digital hygiene, is substantiated. Databases such as Google Scholar, PubMed, and other sources were used.

Keywords: vicarious traumatization, children, adolescents, hybrid conflicts, post-traumatic stress.

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

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

Резюме. Актуальность исследования проблемы внезапных немотивированных нападений школьников на своих сверстников и учителей в учебных заведениях с применением оружия, получившие название «шуттинг», обусловлено крайней латентностью факторов, вызывающих их внезапное проявление. В связи с этим данная статья направлена на прояснение понятия «шуттинга» и изучение основных факторов, связанных с данным явлением и способствующих его превенции. Решение этой задачи было разделено на два этапа – теоретический и эмпирический. В рамках первой части был проведен обзор научной литературы, посвященный внезапным нападениям школьников на своих сверстников и учителей в образовательных учреждениях. Данный обзор привел к идее исследования жизнеспособности личности школьника как основы профилактики агрессивного и аутоагрессивного поведения, являющихся основными латентными факторами возможности проявления «шуттинга».

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

Введение. Развитие личности молодого человека сталкивается на своем пути со множеством проблем, связанных с вхождением в социум и обозначающих социально-психологическую адаптацию и, в целом, процесс социализации. Социальная среда ставит перед молодым человеком множество текущих проблем, решая которые его личность получает свое индивидуальное оформление. Такой социально-психологический аспект развития личности имеет как позитивные, так и негативные моменты и при этом формирует проблематику, привлекающую внимание ученых из гуманитарной сферы. Одной из таких, несомненно, актуальных проблем в последнее время стало явление внезапных немотивированных нападений школьников на своих сверстников и учителей в учебных заведениях с применением оружия, которое получило название «шуттинг».

Данная проблема является довольно сложной, поскольку практически невозможно предсказать факт внезапного нападения: факторы деструктивного характера неоднозначны и проявляются в комплексе, то же можно сказать и о причинах и социально-психологических механизмах этого явления. При этом одной из важнейших задач, встающих перед учеными, исследующими данную проблематику, является отделение именно этого явления от аналогичных – та-

ких, как упоминавшееся уже деструктивное поведение, агрессивное и аутоагрессивное поведение, аффекты и другие. И в самом деле, явление «шуттинга», проявляющееся во внезапном и немотивированном нападении молодых людей на окружающую социальную среду, требует собственного осмысления и, прежде всего, операционализации основных понятий.

Согласно справке, приводимой агентством РБК (российский медиахолдинг) о случаях стрельбы и нападений в российских школах и колледжах³, а также согласно справке ТАСС (Российское государственное федеральное информационное агентство) о хронологии случаев стрельбы в российских учебных заведениях⁴, и справке Wikipedia (свободная общедоступная интернет-энциклопедия) о нападениях на учебные заведения в России⁵, из семи случаев «шуттинга» с 2018 г. по 2023 г. в четырех подростки покончили жизнь самоубийством, в трех оставшихся случаях была неудачная попытка самоубийства. Оставшиеся в живых нападающие были признаны психиатрической экспертизой невменяемыми с диагнозом «параноидная шизофрения». В данных справках также приводятся обобщенные мнения специалистов-психологов, выражающих свою оценку данных случаев, согласно которой основными причинами шуттинга могут являться, в первую очередь, семейное неблагополучие, а также издевательства сверстников (буллинг), шизофреническое расстройство личности. Однако молодые люди из обозначенных случаев характеризовались положительно как спокойные и неконфликтные, из благополучных семей. Здесь стоит сделать, с нашей точки зрения, важное уточнение по характеристике ситуации молодых людей из рассматриваемых нами случаев «шуттинга». Если семьи, из которых вышли нападающие, внешне могут характеризоваться положительно, то внутренние отношения, а особенно детско-родительские отношения, могут быть охарактеризованы как напряженные, с подавленной агрессией. Случаи издевательств сверстников также не заметны внешне, однако они связаны с подавленной агрессивностью. А практически стопроцентные случаи попыток самоубийства (удавшиеся или неудавшиеся) могут также свидетельствовать о латентном аутоагрессивном поведении. Кроме этого стоит добавить два случая, в которых подростки выражали свою агрессивность в социальных сетях посредством принятия участия в деструктивных сайтах, а также в так называемом течении «колумбайн», когда подростки подражают своим американским сверстникам, совершившим резонансное нападение на своих сверстников и учителей в 1999 г. в США в старшей школе «Колумбайн» (вблизи Литтлтона, штат Колорадо), когда двое учеников застрелили 13 человек и затем сами покончили с собой, по событиям которого был снят художественный фильм.

Согласно R.R. Girgis и группе ученых из Нью-Йоркского государственного

³Случаи стрельбы и нападений в российских школах и колледжах. Справка: [Сайт]. URL: <https://www.rbc.ru/society/07/12/2023/609a5cdc9a7947237982ce4a/> (Дата обращения: 15.01.2026).

⁴Хронология случаев стрельбы в российских учебных заведениях: [Сайт]. [URL: <https://tass.ru/info/12452757/>] (Дата обращения: 15.01.2026).

⁵Нападения на учебные заведения в России. Справка: [Сайт]. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Нападения_на_учебные_заведения_в_России/ (Дата обращения: 15.01.2026).

психиатрического института, на основании проведенного ими исследования Базы данных массовых убийств (БДМУ), предоставляемой Колумбийским университетом (Нью-Йорк, США), почти половина случаев «шуттинга» (47,6%) по всему миру, происходит в США. Данная группа ученых провела анализ статистических данных БДМУ с целью выделения основных предикторов «шуттинга» для их предотвращения и поэтому для выделения из всей совокупности данных по массовым убийствам и дала строгое определение именно случаев «шуттинга». R.R. Girgis et al. определяют «шуттинг» как «акт, в который вовлечено два или более индивидов, без предварительного периода созревания, происходящий в учебных заведениях с применением оружия» [13]. Согласно данному анализу, также отмечается 100% случаев попыток суицида молодых людей, совершающих акт «шуттинга», поскольку данный акт рассматривается ими как финальный поступок в жизни. Также отмечаются факторы риска «шуттинга», такие как шизофреническое расстройство, семейное неблагополучие и школьный буллинг.

Таким образом, случаи внезапных нападений школьников на своих сверстников и учителей в учебных заведениях с применением оружия могут быть охарактеризованы как случаи, в которые вовлечено не менее трех человек с потерей жизни, происходящие в учебных заведениях, с применением оружия. В общем, индивиды, совершающие акты «шуттинга», характеризуются как обычные люди, неконфликтные, ничем особым не привлекающие внимания. При этом стоит отметить неблагоприятные личностные и социальные факторы, выступающие факторами риска «шуттинга», такие как шизофреническое расстройство личности, склонность к суицидальному поведению, семейное неблагополучие, подразумевающее напряженные детско-родительские отношения с подавленной агрессией, а также школьное неблагополучие, подразумевающее издевательства и унижения от сверстников. Тем не менее, основная проблематика «шуттинга» заключается в его латентности, когда случаю не предшествуют никакие значимые социально-психологические события, что обуславливает высокую значимость именно превентивных мер, направленных на профилактику «шуттинга». И одним из возможных направлений превенции внезапных нападений школьников на своих сверстников и учителей в учебных заведениях с применением оружия, по нашему мнению, может стать развитие жизнеспособности личности молодого человека.

В предыдущем исследовании нами было рассмотрено понятие жизнеспособности человека, которое выступает потенциалом личностного роста молодого человека и изучение которого поможет понять, каким образом возможна не только профилактика девиаций в поведении подростков и молодых людей, но и их преодоление [9]. В этом плане феномен жизнеспособности формулируется как системное качество личности, определяющее активность и саморегуляцию человека и выступающее, таким образом, основой социальной адаптации индивида. Так, А.В. Махнач считает, что жизнеспособность индивида следует рассматривать «в качестве системного свойства, определяющего проявление активности и адаптивности» [7, с. 70], а А.И. Лактионова рассматривает жизнеспособность как «индивидуальную способность человека к социальной адаптации и саморегуляции» [5, с. 6]. Исчерпывающее определение жизнеспособности дает Е.А. Рыльская: «синергетическое единство способностей адаптации, способностей саморегуляции, способностей саморазвития и осмысленности жизни, что в структурном аспекте проявля-

ется через особенности ее интегрирования как единого целого» [11, с. 13]. В этом же плане, А.А. Нестеровой дается определение социально-психологического аспекта жизнеспособности «как социально-психологического феномена, понимаемого как системное качество личности, характеризующего органическое единство индивидуальных и социально-психологических способностей человека к реализации ресурсного потенциала» [8, с. 15].

В этой связи особую теоретическую и практическую значимость приобретает изучение способов оптимизации процесса социально-психологической адаптации, чему, несомненно, способствует изучение жизнеспособности личности как фактора превенции формирования отклонений от нормального развития и, в первую очередь, такой траектории развития личности, которая может вести к проявлению немотивированного, деструктивного поступка молодого человека. Данный тезис опосредованно рассматривается и подтверждается в различных исследованиях, посвященных жизнеспособности личности. Так, М.В. Сапранкова и Л.С. Рычкова в своем эмпирическом исследовании выявили корреляционную связь между повышением уровня жизнеспособности и повышением устойчивости к трудным жизненным ситуациям у подростков [12]. Позитивную роль семьи и ближайшего окружения в формировании жизнеспособности личности рассматривается в работе С.В. Котовской в соавторстве с коллективом ученых [3]. В работе А.И. Долженко, С.А. Наличаевой, А.А. Ткаченко жизнеспособность рассматривается как условие социальной адаптации личности – включения личности во взаимодействие с социальной средой, что является важным фактором адаптации в условиях неопределенности и одним из основополагающих ресурсов развития человека [2]. В этом же плане в работе С.Н. Васильевой и Е.А. Рыльской жизнеспособность профессионала определяется как «способность человека к успешной адаптации, выживанию и саморазвитию с помощью личностных ресурсов, компетенций и поведенческих стратегий в структурно-нормативной среде организации» [1, с.111]. М.Э. Паатова предлагает следующий тип социально-реабилитационной ситуации – ситуации поиска жизненных ценностей для дальнейшей успешной социализации – как средство формирования социально-личностной жизнеспособности девиантных подростков [10], что в контексте нашего исследования важно учитывать как потенциальный фактор превенции немотивированной агрессии у подростков. В статье А.И. Лактионовой описывается роль осознания собственной субъектности как фактора формирования жизнеспособности личности, направленного на формирование самого себя в соответствии с заданными целями [6]. С.В. Котовская и А.В. Махнач в своей работе предлагают использовать психокоррекционную работу как средство совладания с профессиональным выгоранием и повышения жизнеспособности [4].

Таким образом, формирование такого синергетического свойства личности как жизнеспособность может стать основой развития и личностного потенциала молодого человека, и его социально-психологической адаптации. В этом аспекте использование профилактической работы, в основу которой положено развитие жизнеспособности, может через использование смоделированных социальных ситуаций стать импульсом поиска и нахождения индивидуальных жизненных ценностей молодого человека, что заложит основу нормативного развития личности. С одной стороны, работа с индивидуальными социальными ситуациями молодого

человека позволяет психологически безопасно затронуть такие возможные проблемы молодого человека, как семейное или школьное неблагополучие, с другой стороны, позитивное развитие личностного потенциала раскрывает возможности превенции деструктивного, агрессивного и аутоагрессивного поведения.

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева С.Н., Рыльская Е.А. Конструирование дефиниции концепта «жизнеспособность профессионала» // Ярославский педагогический вестник. 2019. №2 (107). С.106-113. <https://doi.org/10.24411/1813-145x-2019-10358>
2. Долженко А.И., Наличаева С.А. Ткаченко А.А. Жизнеспособность как фактор совладания к профессиональным выгоранием // Лазаревские чтения: Мат-лы XVIII международной науч. конф. Севастополь: филиал МГУ в г. Севастополь, 2020. С.63-65.
3. Котовская С.В., Бойко И.М., Мосягин И.Г., Хохрина А.И. Роль семьи и близкого окружения в формировании жизнеспособности субъектов экстремальной деятельности: поперечное исследование // Морская медицина. 2023. Т. 9. № 2. С. 98-104. <https://doi.org/10.22328/2413-5747-2023-9-2-98-104>
4. Котовская С.В., Махнач А.В. Психофизиологические социально-психологические особенности субъектов экстремальной деятельности с опти-

мальным уровнем жизнеспособности // Организационная психология. 2023. Т. 13. № 4. С. 9-35. <https://doi.org/10.17323/2312-5942-2023-13-4-9-35>

5. Лактионова А.И. Взаимосвязь жизнеспособности и социальной адаптации подростков: Автореф. ... дис. канд. психол. наук. М., 2010. 28 с.

6. Лактионова А.И. Субъектный уровень жизнеспособности человека // Институт психологии РАН. Организационная психология и психология труда. 2018. Т. 3. № 4. С. 129-153.

7. Махнач А.В., Лактионова А.И. Личностные и поведенческие характеристики подростков как фактор их жизнеспособности и социальной адаптации // Психологический журнал. 2013. Т. 34. № 5. С. 69-84.

8. Нестерова А.А. Социально-психологическая концепция жизнеспособности молодежи в ситуации потери работы: Автореф. ... дис. докт. психол. наук. М., 2011. 50 с.

9. Ощепков А.А. Жизнестойкость и жизнеспособность: соотношение понятий и их структур // Профилактика зависимостей. 2017. № 4. - С. 64-68.

10. Паатова М.Э. Реабилитационно-воспитательные ситуации как средство формирования социально-личностной жизнеспособности девиантных подростков: принципы проектирования // Вестник Адыгейского государственного университета. 2019. № 3 (243). С. 88-94.

11. Рыльская Е.А. Психология жизнеспособности человека: Автореф. ... дис. докт. психол. наук. Ярославль, 2014. 40 с.

12. Сапранкова М.В., Рычкова Л.С. Жизнеспособность в контексте общего интеллекта подростков // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2022. № 15. С. 20-26.

REFERENCES

1. Vasil'eva S.N., Ry'l'skaya E.A. Konstruirovaniye definitsii koncepta «zhiznesposobnost` professionala» // Yaroslavskiy pedagogicheskiy vestnik. 2019. #2 (107). S.106-113. <https://doi.org/10.24411/1813-145x-2019-10358>

2. Dolzhenko A.I., Nalichaeva S.A. Tkachenko A.A. Zhiznesposobnost` kak faktor sovladaniya k professional`ny'm vy`goraniem // Lazarevskie chteniya: Mat-ly` XVIII mezhdunarodnoy nauch. konf. Sevastopol`: filial MGU v g. Sevastopol`, 2020. S.63-65.

3. Kotovskaya S.V., Bojko I.M., Mosyagin I.G., Khokhrina A.I. Rol` sem`i i blizkogo okruzheniya v formirovaniy zhiznesposobnosti sub`ektov e`kstremal`noy deyatel`nosti: poperechnoe issledovanie // Morskaya meditsina. 2023. Т. 9. # 2. S. 98-104. <https://doi.org/10.22328/2413-5747-2023-9-2-98-104>

4. Kotovskaya S.V., Makhnach A.V. Psikhofiziologicheskie soczial`no-psikhologicheskie osobennosti sub`ektov e`kstremal`noy deyatel`nosti s optimal`ny'm urovnem zhiznesposobnosti // Organizaczionnaya psikhologiya. 2023. Т. 13. # 4. S. 9-35. <https://doi.org/10.17323/2312-5942-2023-13-4-9-35>

5. Laktionova A.I. Vzaimosvyaz` zhiznesposobnosti i soczial`noj adaptaczii podrostkov: Avtoref. ... dis. kand. psikhol. nauk. М., 2010. 28 с.

6. Laktionova A.I. Sub`ektny`j uroven` zhiznesposobnosti cheloveka // Institut psikhologii RAN. Organizaczionnaya psikhologiya i psikhologiya truda. 2018. Т. 3. # 4. S. 129-153.

7. Makhnach A.V., Laktionova A.I. Lichnostny`e i povedencheskie kharakteris-

tiki podrostopkov kak faktor ikh zhiznesposobnosti i soczial`noj adaptaczii // Psikhologicheskij zhurnal. 2013. T. 34. # 5. S. 69–84.

8. Nesterova A.A. Soczial`no-psikhologicheskaya koncepcziya zhiznesposobnosti molodezhi v situaczii poteri raboty: Avtoref. ... dis. dokt. psikhol. nauk. M., 2011. 50 s.

9. Oshhepkov A.A. Zhiznestojkost` i zhiznesposobnost`: sootnoshenie ponyatij i ikh struktur // Profilaktika zavisimostej. 2017. # 4. - S. 64-68.

10. Paatova M.E`. Reabilitaczionno-vospitatel`ny`e situaczii kak sredstvo formirovaniya soczial`no-lichnostnoj zhiznesposobnosti deviantny`kh podrostopkov: princziy` proektirovaniya // Vestnik Ady`gejskogo gosudarstvennogo universiteta. 2019. # 3 (243). S. 88-94.

11. Ry`l'skaya E.A. Psikhologiya zhiznesposobnosti cheloveka: Avtoref. ... dis. dokt. psikhol. nauk. Yaroslavl`, 2014. 40 s.

12. Saprankova M.V., Ry`chkova L.S. Zhiznesposobnost` v kontekste obshhego intellekta podrostopkov // Sborniki konferencij NICz Socziosfera. 2022. # 15. S. 20-26.

13. Girgis R.R., Rogers R.T., Hesson H., Lieberman J.A., Appelbaum P.S., Brucato G. Mass murders involving firearms and other methods in school, college, and university settings: Finding from the Columbia Mass Murder Database // Journal of Forensic Sciences. 2023. V. 68. No. 1. P. 207-211. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.15161>

A.A. Oshchepkov

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

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

Summary. The relevance of research into the problem of sudden, unmotivated attacks by schoolchildren on their peers and teachers in educational institutions, known as «shootings,» stems from the extreme latency of the factors that trigger their sudden onset. Therefore, this article aims to clarify the concept of «shootings» and examine the key factors associated with this phenomenon and those that contribute to its prevention. The solution to this problem was divided into two stages: theoretical and empirical. The first part included a review of the scientific literature on sudden attacks by schoolchildren on their peers and teachers in educational institutions. This review led to the idea of studying the resilience of the student's personality as a basis for preventing aggressive and self-aggressive behavior, which are the main latent factors that contribute to the possibility of «shootings.»

Keywords: destructive behavior, aggressive behavior, suicidal behavior, shootings, socio-psychological prevention of shootings, resilience of the personality.

В.М. Ганузин, Г.С. Маскова

**ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
СРЕДЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(ОБЗОР)**

Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).

Резюме. В обзоре приводятся основные причины, патогенез и клинические проявления посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков. На основании данных литературы и собственных исследований обсуждаются механизмы развития психотравмирующих факторов образовательной среды у детей (синдром педагогического насилия, буллинг, кибербуллинг, виктимизация) и их влияние на психологическое и соматическое состояние детей в различные возрастные периоды. Авторы обсуждают введенный ими термин «Синдром постдидактического стрессового расстройства», как одно из проявлений посттравматического стрессового расстройства и предлагают включить его в МКБ-11.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, синдром педагогического насилия, буллинг, виктимизация, постдидактическое стрессовое расстройство, дети, образовательная среда.

Введение. Влияние образовательной среды на состояние физического, психического и психологического здоровья школьников неоспоримо. Не всегда пребывание и обучение в школе играет позитивную роль, а, напротив, может деструктивно влиять на психику подростка, становясь изначально предпосылками нарушений эмоционально-волевой сферы личности, психических расстройств, а затем формирования соматических нарушений (хронических заболеваний) и девиантных форм поведения [1, 22]. Совокупность неблагоприятных факторов образовательной среды может формировать состояние психологического неблагополучия у участников образовательного процесса [22]. В данном контексте слово «неблагополучие» можно рассматривать как синоним слов беда, бедствие, горе, несчастье, что поднимает его значимость до известных факторов, вызывающих посттравматическое стрессовое расстройство у взрослых и детей, таких как стихийное бедствие, аварии, природные и техногенные катастрофы, террористические акты, а также физическое или сексуальное насилие.

В отдельных работах показано, что влияние на личность может приводить к формированию суицидального поведения с угрозой жизни; формированию хронических психологических и психических расстройств, хронических заболеваний, в том числе и тяжелых с угрозой здоровью, возникновению зависимостей от никотина, алкоголя, психоактивных веществ [20].

McLeod BD с соавт. подчеркивают, что образовательная среда оказывает прямое влияние на показатели здоровья, такие как продолжительность жизни, а также на определенные виды поведения, связанные со здоровьем (курение, пищевое поведение, сексуальное здоровье и др.), депрессии, ожирение, хронические заболевания) [44].

Таким образом, клинические проявления, возникающие под влиянием не-

благоприятных факторов образовательной среды, по выраженности и последствиям, а также перспективам прогрессирования с ростом ребенка, могут рассматриваться как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Однако, существуют большие сложности в доказательной базе связи психологических и соматических нарушений с факторами образовательной среды. Чаще педагогическое и медицинское сообщество все сводит к особенностям личности ребенка и воспитанию в семье. Еще большее сопротивление в научном сообществе вызывают предложения по включению в этиологию ПТСР фактора образовательной среды. Заметим, что пока мы будем исключать фактор образовательной среды из факторов, вызывающих ПТСР у детей, до тех пор мы будем способствовать увеличению количества пограничных стрессовых расстройств с неблагоприятными последствиями [20].

Сложность в постановке синдрома ПТСР связана еще с тем, что многочисленные работы указывают на присутствие в клинической картине ПТСР у детей симптомов, не входящих в МКБ-10, не являющихся специфичными для этого состояния и имеющих широкое распространение при различных психических заболеваниях в детском возрасте [12, 16, 17]. По мнению О.Б. Есиной, крайне важным представляется исследование полного спектра симптомов данного расстройства у детей, в том числе симптомов детского ПТСР, выходящих за рамки диагностических критериев, в связи с тем, что диагностические критерии DSM-5 для ПТСР не в полной мере отражают ПТСР ребенка, а диагностические критерии МКБ-10 для ПТСР и вовсе, не содержат ни одного критерия, который отражал бы особенности детского возраста [12].

Принимая во внимание актуальность и дискуссионность заявленной темы, авторами проведен поиск литературы в базах РИНЦ, PubMed, Google Scholar данных о влиянии психотравмирующих факторов образовательной среды, буллинга и виктимизации подростков на состояние психического и соматического здоровья. А также собраны мнения специалистов о правомочности термина ПТСР, связанного с факторами образовательной среды и наиболее зарекомендовавших себя антибуллинговых программ, применяемых в различных странах мира.

Факторы и общие механизмы формирования ПТСР у детей. ПТСР - это синдром, который возникает после переживания травматического события, вызывающее сильный страх, чувства безнадежности, покинутости или ужаса. Эти события могут включать в себя природные стихийные бедствия, техногенные катастрофы, эпидемии, человеческие жертвы, виктимизацию, акты насилия или непредвиденные происшествия [39, 52].

Дети и подростки часто сталкиваются с ситуациями, вызывающими сильный стресс, максимально используя свои адаптационные способности, чтобы справиться с ними. Традиционная точка зрения, что реакция ребенка на травматические события является временной адаптацией, была вытеснена концепцией, что травма имеет стойкие и глубокие последствия для развития ПТСР [28, 56].

По времени воздействующего фактора все события можно разделить на острую, подострую и хроническую травму. При хронической травме ПТСР рассматривается как изнурительное состояние психического здоровья, которое может поражать травмированных детей и подростков. Отсроченное ПТСР может возникнуть через месяцы или годы после травматического события [27, 33].

Психотравмирующие события проявляются различными реакциями у детей и подростков, в первую очередь со стороны нервной системы, психического и психологического статуса: повышенная возбудимость и избегание травмы, повторные нежелательные мысли о событии, случайные звуки могут вызывать повторное переживание. Возбудимость часто вызывает раздражительность, проблемы с концентрацией внимания, бессонницу, нарушенный сон, сверхбдительность и мнительность. Повышенное возбуждение, проблемы с памятью и концентрацией внимания могут повредить успеваемости в школе. Травматический опыт, если он имел крайне выраженную степень остроты или повторяется, может дезорганизовать и нарушить психосоциальное функционирование детей и внутреннее чувство целостности, препятствуя развитию ребенка и формированию у него новых навыков [32].

Клинические проявления ПТСР у детей в различные возрастные периоды. ПТСР - это расстройство, характеризующееся наличием множественных кластеров симптомов. Маленькие дети становятся более агрессивными и демонстрируют разрушительные действия, они могут играть или рисовать, демонстрируя содержанием рисунков и поведением травматические события. У этой возрастной группы детей в связи с хроническим стрессом может развиваться повышенная привязанность к матери и другим, любимым членам семьи, дети часто регрессируют к более ранним стадиям развития, таким как ночное недержание мочи или потеря речи [23, 54].

В возрасте 6–12 лет у детей нередко возникают визуальные «флэшбэки» или амнезия после травматических событий. У них, по-видимому, нарушено чувство времени (асимметрия времени), когда они не могут вспомнить правильный временной порядок травматических событий или «генерацию предзнаменований», вера в то, что предзнаменования предсказывают травму, что редко встречаются у взрослых [56]. Дети менее эмоционально отстранены, чем взрослые [32]. Эта возрастная группа использует «посттравматическую игру», воспроизводя психотравматические события. Они изображают событие в рисунках, пьесах и других вербальных и невербальных способах [37].

Симптомы могут проявляться в школе и дома. Они могут вызывать кошмары, бессонницу, лунатизм или ночное недержание мочи. Поскольку ребенок ожидает, что эти симптомы проявятся вне времени сна, он может бояться спать один, находиться в темном, большом пространственном помещении и др. Проблемы в школе могут включать возбуждение, гиперактивность, неспособность сосредоточиться, а также поведенческие или академические проблемы. Эти симптомы напоминают синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), который часто неправильно диагностируется [56].

Для подростков 12–18 лет клиническая картина ПТСР больше похожа на взрослых. У подростков могут развиваться диссоциативные симптомы, вспышки гнева, самоповреждения и злоупотребление психоактивными веществами после повторной травмы [27, 56].

Подростки, как и дети младшего возраста, могут отыгрывать травму в повседневной жизни. После травматического события эта возрастная группа более склонна «драматизировать» травму и включать ее в свою повседневную жизнь [37]. У них возникает «вина выжившего», когда они чувствуют себя частично

ответственными [27, 37].

Травма в основном влияет на подростков в академическом и социальном плане. Подростки с ПТСР пытаются покончить жизнь самоубийством в три раза чаще, чем те, у кого нет ПТСР [54].

Проведенные исследования показывают, что соматические симптомы у детей и подростков с ПТСР крайне разнообразны и положительно коррелируют с факторами травматического воздействия как по частоте, так и по интенсивности, часто имеется сочетание нескольких соматических жалоб и симптомов у одного ребенка. Соматические симптомы проявляются быстрой утомляемостью и низким количеством энергии у ребенка (74%), нарушениями сна (70%), головными болями (54%), ощущениями биения сердца или пульса (48%), ощущениями нехватки воздуха или дыхательного дискомфорта (44%), болями в конечностях, в суставах (41%), в желудке (38%), в спине (34%) [36, 37].

Психотравмирующие факторы образовательной и коммуникативной среды детей и подростков как значимые предикторы ПТСР. Современная образовательная среда для детей, с нашей точки зрения, может рассматриваться как один из важных факторов возможного травматического влияния на психологическое и соматическое состояние ребенка, а также на его дальнейшее развитие. Среди разрушающих факторов педагогической деятельности следует выделить: синдром педагогического насилия, буллинг, кибербуллинг, виктимизацию, которые, в свою очередь, могут формировать постдидактическое стрессовое расстройство (ПДСР), которое можно рассматривать как аналог ПТСР.

Таким образом, психологическую травму, получаемую ребенком в школьной и коммуникативной среде, по силе воздействия и направленности влияния на психофизиологическое состояние, а также дальнейшее развитие ребенка, можно классифицировать как высоко стрессорный фактор. Даже если травматическое событие не приводит к клиническим симптомам, таким как ПТСР, тревожность или депрессия [34, 53], оно может оказать серьезное влияние на все основные сферы функционирования, включая познание и обучение, влияя на способность концентрировать внимание, сохранять информацию и позитивно взаимодействовать [24, 29, 40, 47, 55].

Синдром педагогического насилия – это результат взаимодействия педагога и ученика, при котором педагог в своей воспитательной и образовательной деятельности использует приемы, направленные на унижение и подчинение обучающихся с последующим формированием у ребенка отклонений в психофизиологическом состоянии, возникновением или обострением заболеваний, нарушений в развитии. Педагогическое насилие может быть прямым или косвенным, вербальным или физическим, публичным или индивидуальным [21].

В.М. Ганузиным в 2003 г. на VIII Конгрессе педиатров России были предложены определение и классификация, синдрома педагогического насилия, характеризующие его возникновение по типу иерархического влияния (Hierarchy of Influences) на образовательный процесс, которое включало легитимное, административное и авторитарное педагогическое насилие [6].

Авторитарные и унижающие воздействия со стороны педагога могут быть связаны как с личными особенностями, так и с отсутствием необходимого уровня профессиональной подготовки. В частности, личностные особенности могут про-

являться низким уровень эмпатии, что нарушает коммуникации учителя в процессе его профессиональной деятельности, нервно-психическая неустойчивость педагога деформирует его общение с учениками, повышая конфликтность в отношениях со школьниками [15, 21]. Психологически разрушающая среда в образовательном учреждении, выражающаяся в агрессивном поведении со стороны учителей или учащихся, вызывает дизадаптацию школьников, ухудшает их учебные результаты и снижает мотивацию к обучению. В таких условиях учащиеся начинают проявлять признаки психосоматических расстройств, что может привести к стойким психопатологическим симптомам в дальнейшем [5, 43].

Проведенными исследованиями подтверждено возникновение выраженных психовегетативных нарушений у учащихся после повторяющихся конфликтов с учителями: угнетение настроения (52,7%), невротические расстройства (67,1%), постоянные и выраженные головные боли (47,5%), депрессивное состояние (22,5%) [7, 9].

Распространенными психотравмирующими факторами в образовательной среде, являются буллинг и виктимизация.

Буллинг (от англ. bullying – «запугивание», «издевательство», «травля») – это процесс преследования и систематической виктимизации по отношению к сверстникам. Ученик подвергается травле, когда он неоднократно становится объектом негативным действиям, которые организуют другие, более сильные ученики. В процессе буллинга всегда присутствуют три стороны конфликта: агрессор, он же буллер, зачинщик травли, сюда же можно отнести тех, кто содействует основному буллеру в травле выбранной ими жертвы; жертва, ребенок или группа детей, подвергающихся травле, и наблюдатель, это человек, который не вмешивается, а лишь смотрит на издевательства со стороны [50]. Буллер, как правило, обладает импульсивностью, эмоциональной бесчувственностью, низкой способностью к эмпатии, стремлением к лидерству при отсутствии конструктивных навыков взаимодействия со сверстниками [18].

Результаты исследований подчеркивают, что участие в травле в любом качестве связано с повышенным риском суицидальных мыслей и поведения. Особенно сильные последствия для психического здоровья имеют жертвы травли. Дети, являющиеся жертвой буллинга, имеют повышенный уровень депрессии, безнадежности и низкой самооценки. Наиболее сенситивным периодом к воздействию факторов эмоционального насилия, таких как третирование, терроризирование и запугивание ребенка, является возраст школьников 8-14 лет [30, 35]. В проведенном М. Praph et al. метаанализе было показано, что издевательства в 1,5 раза увеличивали риск суицидального поведения ($RR=1,44$; 95% $CI=[1,39-1,48]$). Одиночество ребенка в сопротивлении буллингу опосредовало связь между издевательствами и суицидальным поведением, а вовлеченность родителей моделировала эту связь, уменьшая суицидальные риски [14, 49].

Электронные и социальные сети сделали проблему буллинга более распространенной и обеспечили ей еще больший охват детского населения и молодежи.

Кибербуллинг (cyberbullying), электронная травля (electronic bullying), социальная жестокость онлайн (online social cruelty) – это отдельное направление травли, определяемое как использование технологий для преследования, угроз, смущения, преследования или нацеливания на другого человека. По данным

M.J. Cava et al., в настоящее время насилие в киберзнакомствах (CDV– cyber dating) является серьезной проблемой для здоровья подростков из-за их частого использования электронных коммуникационных технологий в их романтических отношениях, включая использование этих технологий для совершения насилия во время свиданий [26].

Исследования кибервиктимизации, проведенные F. Michelle, выявили различные личностные и контекстуальные корреляции и негативные последствия, связанные с вовлечением подростков в травлю через интернет. В одной из средних школ США анкетирование среди 416 подростков, из которых 46% были девочки, в возрасте 13 лет показало, что низкий уровень принадлежности к школе усилил положительные связи между кибервиктимизацией, депрессией и тревожностью [46]. В другом исследовании, проведенном в США G. Espinoza, результаты линейного моделирования, показали, что время, проведенное с друзьями, снизило связи между кибервиктимизацией и дистрессом, гневом и проблемами с посещаемостью школы [30].

Учитывая актуальность проблемы, в нашей стране был разработан и представлен в Государственную думу Проект закона, направленный против буллинга в школах. В этот документ также были включены и меры по борьбе с кибербуллингом.

С буллингом (кибербуллингом) тесно связан процесс виктимизации. **Виктимизация** (лат. *victimia*. **жертва**) – процесс или конечный результат превращения в жертву преступного посягательства лица или группы лиц. В исследованиях B. Oldenburg et al, была показана связь между характеристиками учителя и виктимизацией учеников в начальных классах. Данные анкетирования более 3000 учащихся начальной школы и 140 их учителей показали, что более высокий уровень виктимизации существовал в классах тех учителей, которые имели пассивную позицию и не вмешивались во взаимоотношения школьников, когда имело место запугивания детей сверстниками [48].

В работе I. Menrath et al установлена положительная сильная связь между виктимизацией в школе и низким субъективными оценками здоровья и самочувствия обучающимися. При анкетировании 2500 учеников средних школ в Германии 40% сообщили, что подвергались издевательствам, а 16% испытали межличностное насилие. Среди психологически травмированных детей в 2 раза больше было школьников, имеющих психосоматические жалобы, снижение качества жизни и удовлетворенность окружающим. [45].

К вопросу постановки диагноза ПТСР от психотравмирующих факторов образовательной среды. Существующие в современной научной литературе позиции исследований по ПТСР в большинстве своем отражают мнение, что превращение в жертву (виктимизацию) от буллинга и в жертву от других видов травмирующих факторов работает совершенно отдельно. Другие авторы отслеживают связь виктимизацию от буллинга с симптомами ПТСР [38, 41].

Рассматривая связь буллинга с симптомами ПТСР, A. Maercker et al показывают, что исследования последствий буллинга демонстрируют гораздо более сложные последствия, чем классические симптомы ПТСР, поскольку травля часто продолжается в течение долгого времени, иногда годами, и поэтому к ней следует подходить с точки зрения влияния на развитие ребенка. Авторы предла-

гают использовать термин «травматическое расстройство развития» (ТРР), которое было предложено в качестве нового диагноза [42]. С учетом значимости негативных воздействий образовательной среды, таких как буллинг, виктимизация, синдром педагогического насилия, В.М. Ганузин, Б.Д. Борхов предлагают рассматривать реакции на них как реакции посттравматического стресса аналогично действию таких последствий, как стихийное бедствие, война, сексуальное или физическое, домашнее или общественное насилие [10].

В 2022 г. В.М. Ганузиным и Б.Д. Борховым был предложен термин *«Постдидактическое стрессовое расстройство»* (ПДСР) под которым подразумевается состояние, возникающее в результате дидактической («педагогической») деятельности родителя, учителя, коллектива, в котором ребенок вынужден находиться, или в результате активного уклонения от нее и проявляющиеся нарушениями в соматической, психологической, ментальной и социальной сферах [11]. Авторы считают, что ПДСР является одним из частных случаев ПТСР и оно может быть включено в рубрику МКБ-11. С позиции современных классификаций, психологическое, дидактическое насилие и отсутствие разрушающих организм факторов, согласно МКБ-10, «травмой» не являются, и поэтому диагноз ПТСР в этих случаях поставлен быть не может. Мы думаем, что обилие научной литературы, посвященной исследованию проблемы травмирующего влияния явлений, которые согласно МКБ-10 «травмой» не являются — «травля» («бойкот», «буллинг», «троллинг» «социальное давление» и т. п.), однозначно обладает патогенным влиянием на психику ребенка [11, 42]. В настоящее время в МКБ-11 предлагаемая новая группа «Расстройств, непосредственно связанных со стрессом», включает расстройство адаптации, ПТСР и сложное ПТСР [4, 11, 42].

Однако в данном разделе не выделено ПДСР у детей, обусловленное школьной средой, буллингом и педагогическим насилием. В своих работах В.М. Ганузин и Б.Д. Борхов утверждают, что ПДСР является одним из частных случаев ПТСР F43.1 или расстройства приспособительных реакций (адаптации) F43.2 в зависимости от тяжести состояния, и оно может быть включено в рубрику МКБ-11 [11]. Таким образом, требуется совместное обсуждение детскими психиатрами, педиатрами и психологами по включению ПДСР в МКБ 11 как проявления ПТСР, а также понимания связи этих этиологических факторов с состоянием здоровья и развитием детей для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий.

Основные направления профилактической и реабилитационной работы с детьми из групп риска и подвергшихся ПДСР.

Терапия при ПТСР (ПДСР) должна включать всех участников процесса: дети, учителя, родители, администрация образовательного учреждения [10, 13]. На сегодняшний день не показано различий в тактике медикаментозного лечения ПДСР и ПТСР и коморбидных с ними состояний, также нельзя назвать конкретную психотерапевтическую методику, специально ориентированную на ПДСР [49]. Однако, специалистами, работающими с дидактогениями, предложены основные принципы оптимизации школьной среды: создание благоприятного школьного климата для детей и педагогов, исключение авторитарного стиля преподавания, изживание применения психического и физического насилия к школьникам со стороны учителей и, напротив, к учителям со стороны школь-

ников и их родителей; проведение противобуллинговых мероприятий в классах и в школе в целом с привлечением школьных психологов [3, 11].

Со стороны Министерств здравоохранения и образования - разработка и принятие единой для всех учебных заведений государственной программы по профилактике насилия в образовательной среде и методов реабилитации пострадавших при этом детей и учителей [52]. Разработать и внедрить программу «Школа без педагогического насилия» на базе существующей в России «Школы содействующей укреплению здоровья» [8].

Проводить мониторинг случаев административного и авторитарного педагогического насилия с последующим разбором их на педагогическом совете с обязательным привлечением школьного психолога и школьного педиатра [8, 19].

Школьному психологу проводить среди школьников и педагогов разъяснительную работу по борьбе с буллингом, кибербуллингом и виктимизацией [2].

В каждой школе создать Примирительные комитеты из администрации, психологов, учителей, родителей и школьников, на которых будут рассматриваться все случаи насилия между участниками образовательного учреждения. При необходимости, в работе комитета привлекать работников службы социальной защиты, работников МВД и детского психолога.

Заключение. Завершая обзор, следует еще раз подчеркнуть, что диагностика, профилактика и реабилитация ПДСР у детей и подростков является актуальной проблемой, так как его распространение, этиология и последствия в настоящее время мало изучены, а реабилитация таких пациентов не внедрена в широкую психолого-педагогическую и медицинскую практику.

Учитывая особенности российского образования, опыт отечественных и зарубежных ученых, предлагается объединить усилия ведущих специалистов из различных областей науки и практики, занимающихся данной проблемой, с целью разработки и внедрения отечественных государственных программ по профилактике насилия в образовательной среде и методов реабилитации пострадавших при этом детей и учителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баяева И.А. Психологическая безопасность образовательной среды: Теоретические основы и технологии создания: дис. ... докт. психол. наук. СПб., 2002. 386 с.

2. Борисенко Е.В. Ювенальная юридическая психология: виктимизация несовершеннолетних // Психология и право. 2021. № 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2021_n2/psylaw_2021_n2 (дата обращения: 15.09.2025).

3. Габер И.В., Зарецкий В.В. Методологические и теоретические основания обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 2. С. 121–131.

4. Ганузин В.М. Актуальные проблемы диагностики посттравматического и постдидактического стрессового расстройства / III Кандинские чтения: Матлы межрегиональной науч.-практ. конф. Чита, 17–18 октября 2024 г. Чита: ЧГМА, 2024. С. 30-31.

5. Ганузин В.М. Буллинг, дидактогенция и синдром педагогического наси-

лия в отечественных и зарубежных исследованиях. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 4. С. 106–114.

6. Ганузин В.М. О правомочности применения в педиатрии термина «синдром педагогического насилия». Мат-лы VIII Конгресса педиатров России. М.; 2003. С. 77.

7. Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия, дадактогенция, буллинг, виктимизация, постдидактическое стрессовое расстройство: дети, школа и негативные последствия воздействия образовательной среды (обзор) // Медицинская психология в России. 2024. № 16 (2). С. 59-69.

8. Ганузин В.М. Школа без педагогического насилия // Директор школы. 2011. № 10. С. 79-83.

9. Ганузин В.М. Школьный климат, буллинг, виктимизация, дидактогенция и синдром педагогического насилия: поля сражений в школьной жизни // Медицинская психология в России. 2021. Т. 13. № 1 (66). С. 1-10. doi:10.24412/2219-8245-2021-1-10.

10. Ганузин В.М., Борохов Б.Д. Постдидактическое стрессовое расстройство: обсуждение проблемы и наше представление о данном состоянии // Медицинская психология в России. 2022. Т. 14. № 4. (дата обращения: 15.09.2025).

11. Ганузин В.М., Борохов Б.Д. Психотравмирующие факторы в школьном возрасте и их влияние на здоровье: постдидактическое стрессовое расстройство // Медицинская психология в России. 2022. Т. 14 (1). С. 8 (дата обращения: 15.09.2025).

12. Есина О.Б., Особенности клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства у детей // Уральский медицинский журнал. 2020. № 11 (194). С. 39-45, doi 10.25694/URMJ.2020.11.16.

13. Каракаева Т.А., Васильева А.В., Идрисов К.А., Ковлен Д.В., Незнанов Н.Г., Пономаренко Н.Г., Радионов Д.С., Шойгу Ю.С. Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины: патогенез, клиника, диагностика и терапия. Методические рекомендации. СПб. НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. 33 с.

14. Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте // Медицинская психология в России. 2019. Т. 11. № 2. С. 8. doi:10.24412/2219-8245-2019-2-8 (дата обращения: 15.09.2025).

15. Ковалёва Е.А. Педагогическое насилие, его причины и способы преодоления // Психология человека в образовании. 2019. № 1 (2). С. 146–157. doi: 10.33910/2686-9527-2019-1-2- 146-157

16. Портнова А.А. Типология посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. Т. 105. Вып. 12. С. 9–12.

17. Северный А.А., Иовчук Н.М. К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников [Электронный ресурс]. Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. № 1. https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (дата обращения: 15.09.2025).

18. Семенова Н.Б. Буллинг и кибербуллинг в подростковой среде: распространённость, методы запугивания, ролевое поведение участников. Здравоохра-

нение Российской Федерации. 2023. Т. 67. № 4. С.313-319.[doi:10.47470/0044-197X-2023-67-4-313-319](https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-4-313-319).

19. Солдаткин В.А. (ред.) Посттравматическое стрессовое расстройство. Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2015. 624 с.

20. Фесенко Ю.А., Романовская М.В. Ранние факторы риска как причина психологической травматизации и суицидального поведения // Сб. мат-лов XXII науч. конф. с международным участием «Мнухинские чтения» «Суициды у несовершеннолетних: социальные и психологические предпосылки, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика», 20 марта 2025 г. СПб.: Прима Локо, 2025. С. 318-321.

21. Фокина М.В., Чумаков С.А. Феноменология педагогического насилия // Международный журнал экспериментального образования. 2020. № 3. С. 47-52. [doi: 10.17513/mjeo.11964](https://doi.org/10.17513/mjeo.11964).

22. Франкевич Е.Т. Психологическое неблагополучие, как фактор риска безопасности образовательной среды // Психолог, 2014. № 1. С. 125-174. [doi: 10.7256/2306-0425.2014.1.11490](https://doi.org/10.7256/2306-0425.2014.1.11490). URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=11490 (дата обращения: 15.09.2025).

REFERECES

1. Baeva I.A. Psikhologicheskaya bezopasnost` obrazovatel`noy sredy`: Teoreticheskie osnovy` i tekhnologii sozdaniya: dis. ... dokt. psikholog. nauk. SPb., 2002. 386 s.

2. Borisenko E.V. Yuvenal`naya yuridicheskaya psikhologiya: viktimizatsiya nesovershennoletnikh // Psikhologiya i pravo. 2021. # 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2021_n2/psylaw_2021_n2 (data obrashheniya: 15.09.2025).

3. Gaber I.V., Zareczkij V.V. Metodologicheskie i teoreticheskie osnovaniya obespecheniya psikhologicheskoy bezopasnosti obrazovatel`no-vospitatel`noy sredy` // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2019 (19). # 2. S. 121–131.

4. Ganuzin V.M. Aktual`ny`e problemy` diagnostiki posttravmaticheskogo i postdidakticheskogo stressovogo rasstrojstva / III Kandinskie chteniya: Mat-ly` mezhhregional`noy nauch.-prakt. konf. Chita, 17–18 oktyabrya 2024 g. Chita: ChGMA, 2024. S. 30-31.

5. Ganuzin V.M. Bulling, didaktogeniya i sindrom pedagogicheskogo nasiliya v otechestvenny`kh i zarubezhny`kh issledovaniyakh. Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (20). # 4. S. 106–114.

6. Ganuzin V.M. O pravomochnosti primeneniya v pediatrii termina «sindrom pedagogicheskogo nasiliya». Mat-ly` VIII Kongressa pediatrov Rossii. M.; 2003. S. 77.

7. Ganuzin V.M. Sindrom pedagogicheskogo nasiliya, dadaktogeniya, bulling, viktimizatsiya, postdidakticheskoe stressovoe rasstrojstvo: deti, shkola i negativny`e posledstviya vozdejstviya obrazovatel`noy sredy` (obzor) // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii. 2024.# 16 (2).S. 59-69.

8. Ganuzin V.M. Shkola bez pedagogicheskogo nasiliya // Direktor shkoly`. 2011. # 10. S. 79-83.

9. Ganuzin V.M. Shkol`ny`j klimat, bulling, viktimizatsiya, didaktogeniya i sindrom pedagogicheskogo nasiliya: polya srazhenij v shkol`noy zhizni // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii. 2021. T. 13. # 1 (66). S. 1-10. [doi:10.24412/2219-8245-2021-1-10](https://doi.org/10.24412/2219-8245-2021-1-10).

10. Ganuzin V.M., Borokhov B.D. Postdidakticheskoe stressovoe rasstrojstvo: obsuzhdenie problemy i nashe predstavlenie o dannom sostoyanii // *Medicziinskaya psikhologiya v Rossii*. 2022. T. 14. # 4. (data obrashheniya: 15.09.2025).

11. Ganuzin V.M., Borokhov B.D. Psikhotravmiruyushhie faktory v shkol'nom vozraste i ikh vliyanie na zdorov'e: postdidakticheskoe stressovoe rasstrojstvo // *Medicziinskaya psikhologiya v Rossii*. 2022. T. 14 (1). S. 8 (data obrashheniya: 15.09.2025).

12. Esina O.B., Osobennosti klinicheskikh proyavlenij posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u detej // *Ural'skij medicziinskij zhurnal*. 2020. # 11 (194). S. 39-45, doi 10.25694/URMJ.2020.11.16.

13. Karakaeva T.A., Vasil'eva A.V., Idrisov K.A., Kovlen D.V., Neznanov N.G., Ponomarenko N.G., Radionov D.S., Shojgu Yu.S. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo v paradigme dokazatel'noj medicziny: patogenez, klinika, diagnostika i terapiya. Metodicheskie rekomendaczii. SPb. NMICz PN im. V.M. Bekhtereva, 2022. 33 s.

14. Katan E.A. Ispol'zovanie mezhdunarodnogo oprosnika neblagopriyatnogo detskogo opy'ta dlya vy'yavleniya psikhotravmiruyushhih faktorov v detskom i podrostkovom vozraste // *Medicziinskaya psikhologiya v Rossii*. 2019. T. 11. # 2. S. 8. doi:10.24412/2219-8245-2019-2-8 (data obrashheniya: 15.09.2025).

15. Kovalyova E.A. Pedagogicheskoe nasilie, ego prichiny i sposoby preodoleniya // *Psikhologiya cheloveka v obrazovanii*. 2019. # 1 (2). S. 146–157. doi: 10.33910/2686-9527-2019-1-2- 146-157

16. Portnova A.A. Tipologiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u detej i podrostkov // *Zhurnal nevrolyu i psikiatr. im. S.S. Korsakova*. 2005. T. 105. Vy'p.12. S. 9–12.

17. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. K voprosu o didaktogennykh depressiyakh u mladshikh shkol'nikov [Elektronnyj resurs]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru*. 2012. # 1. https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (data obrashheniya: 15.09.2025).

18. Semenova N.B. Bulling i kiberbulling v podrostkovej srede: rasprostranennost, metody zapugivaniya, rolevoe povedenie uchastnikov. *Zdravookhranenie Rossijskoj Federaczii*. 2023. T. 67. # 4. S.313-319.doi:10.47470/0044-197X-2023-67-4-313-319.

19. Soldatkin V.A. (red.) Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo. Rostov-na-Donu: RostGMU, 2015. 624 s.

20.Fesenko Yu.A., Romanovskaya M.V. Rannie faktory riska kak prichina psikhologicheskoy travmatizaczii i suicidal'nogo povedeniya // Sb. mat-lov XXII nauch. konf. s mezhdunarodny'm uchastiem «Mnukhinskie chteniya» «Suicidy u nesovershennoletnikh: soczial'ny'e i psikhologicheskie predposylki, diagnostika, lechenie, reabilitaczia i profilaktika», 20 marta 2025 g. SPb.: Prima Loko, 2025. S. 318-321.

21. Fokina M.V., Chumakov S.A. Fenomenologiya pedagogicheskogo nasiliya // *Mezhdunarodnyj zhurnal e'ksperimental'nogo obrazovaniya*. 2020. # 3. S. 47-52. doi: 10.17513/mjeo.11964.

22. Franczkevich E.T. Psikhologicheskoe neblagopoluchie, kak faktor riska bezopasnosti obrazovatel'noj sredy // *Psikholog*, 2014. # 1. S. 125-174. doi: 10.7256/2306-0425.2014.1.11490. URL:

https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=11490 (data obrashheniya: 15.09.2025).

23. Barbalho M., Coswig V., Steele J., Fisher J., Giessing J., Gentil P. Evidence of a Ceiling Effect for Training Volume in Muscle Hypertrophy and Strength in Trained Men - Less is More? *Int J Sports Physiol Perform.* 2020 Feb 1;15(2):268-277. doi: 10.1123/ijssp.2018-0914.
24. Bloom S. Advancing a national cradle-to-grave-to-cradle public health agenda. *J Trauma Dissociation.* 2016 Jul-Sep;17(4):383-96. doi:10.1080/15299732.2016.1164025.
25. Cava M., Tomás I., Buelga S., Carrascosa L. Loneliness, depressive mood and cyberbullying victimization in adolescent victims of cyber dating violence. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(12):4269. doi:10.3390/ijerph17124269.
26. Cava M., Tomás I., Buelga S., Carrascosa L. Loneliness, depressive mood and cyberbullying victimization in adolescent victims of cyber dating violence. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(12):4269. doi:10.3390/ijerph17124269.
27. Connor, D.; Ford, J.; Arnsten, A.; Greene, C. An update on Posttraumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Clin. Pediatr.* 2014, 54, 517–528. doi:10.1177/0009922814540793.
28. Cruz D., Lichen M., Berg K., George P. Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment *Front. Psychiatry, Child and Adolescent Psychiatry* Vol. 13. 2022. doi:10.3389/fpsyt.2022.800687.
29. DuPaul G., Reid R, Anastopoulos A., Power T. Assessing ADHD symptomatic behaviors and functional impairment in school settings: impact of student and teacher characteristics. *Sch Psychol Q.* 2014 Dec;29(4):409-421. doi:10.1037/spq0000095.
30. Espelage D., Holt M. Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency. *J Adolesc Health.* 2013 Jul;53(1Suppl): S27-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.017.
31. Espinoza G., Schacter H., Juvonen J. School and Cybervictimization Across High School: Normative Developmental Trajectories and Bidirectional Links with Loneliness. *J Res Adolesc.* 2020 Sep;30(3):787-799. doi:10.1111/jora.12559.
32. Gkintoni, Boutsinas E, Kourkoutas B, Elias. (2022). Developmental trauma and neurocognition in young adults: a systematic review. 5656-5662. doi:10.21125/edulearn.2022.1332.
33. Gkintoni, E., Koutsopoulou, I., Antonopoulou, H., Christopoulos, P. Consequences of the COVID-19 Pandemic on Greek Students' Mental Health: Quality of Life and Trauma Stressful Events Correlation. 14th annual International Conference of Education, Research and Innovation, Seville, Spain, 8–10 November 2021 2615-2621. 10.21125/iceri.2021.0663. doi:10.21125/iceri.2021.0663.
34. Hovens J., Wiersma J., Giltay E., van Oppen P, Spinhoven P, Penninx B., Zitman F. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand.* 2010 Jul;122(1):66-74. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01491.
35. Karatekin, C., Hill M. Expanding the Original Definition of Adverse Childhood Experiences (ACEs). *J Child Adolesc Trauma.* 2018 Nov 12;12(3):289-306. doi: 10.1007/s40653-018-0237-5.
36. Leathers C, Kroenke K, Flanagan M, Diaz S, Gruber R, Tran G, Driver D. Somatic, Anxiety, and Depressive (SAD) Symptoms in Young Adult Latinx Immi-

grants: Prevalence and Predictors. *J Immigr Minor Health*. 2021 Oct;23(5):956-964. doi:10.1007/s10903-021-01218-3.

37. Leigh E., Yule W., Smith P. Measurement Issues: Measurement of posttraumatic stress disorder in children and young people - lessons from research and practice. *Child Adolesc Ment Health*. 2016 May;21(2):124-135. doi: 10.1111/camh.12124.

38. Li, T., Chen, B., Li, Q. et al. Association between bullying victimization and post-traumatic stress disorders among Chinese adolescents: a multiple mediation model. *BMC Psychiatry*. 2023; 23:758 doi:10.1186/s12888-023-05212-x.

39. Li, Y.; Zhou, Y.; Chen, X.; Fan, F.; Musa, G.J.; Hoven, C.W. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: Some recent research findings. In *Psychosomatic Medicine; Intech Open: London, UK, 2020*, 1-27. doi:10.5772/intechopen.92284.

40. Lindert J, von Ehrenstein O., Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf M. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2014 Apr;59(2):359-72. doi:10.1007/s00038-013-0519-5.

41. Litman L, Costantino G, Waxman R, Sanabria-Velez C, Rodriguez-Guzman V., Lampon-Velez A., Brown R., Cruz T. Relationship Between Peer Victimization and Posttraumatic Stress Among Primary School Children. *J Trauma Stress*. 2015; 28(4):348-54. doi:10.1002/jts.22031.

42. Maercker A., Brewin C., Bryant R., Cloitre M, van Ommeren M, Jones L., Humayan A., Kagee A., Llosa A., Rousseau C., Somasundaram D., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S., First M., Reed G. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013 Oct;12(3):198-206. doi:10.1002/wps.20057.

43. Matusov E, Sullivan P. Pedagogical Violence. *Integr Psychol Behav Sci*. 2020 Jun;54(2):438-464. doi:10.1007/s12124-019-09512-4.

44. McLeod, B.D., Sutherland, K.S., Martinez, R.G. et al. Identifying Common Practice Elements to Improve Social, Emotional, and Behavioral Outcomes of Young Children in Early Childhood Classrooms. *Prev Sci* 18, 204–213 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0703-y>.

45. Menrath I., Prüssmann M., Müller-Godeffroy E., Prüssmann C., Ravens-Sieberer U., Ottova-Jordan V., Thyen U. Subjective health, school victimization, and protective factors in a high-risk school sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*. 2015; 36 (5): 305–312. doi: 10.1097/DBP.0000000000000168.

46. Michelle F., Wachs S. Adolescents' psychological consequences and cyber victimization: the moderation of school-belongingness and ethnicity. *J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16(14): 2493. doi:10.3390/ijerph16142493.

47. National Child Traumatic Stress Network. (2016). National child traumatic stress network empirically supported treatments and promising practices. Retrieved from <http://www.nctsn.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices> (дата обращения 25.01.2025).

48. Oldenburg B, van Duijn M, Sentse M, Huitsing G, van der Ploeg R, Salmivalli C, Veenstra R. Teacher characteristics and peer victimization in elementary

schools: a classroom-level perspective. *J Abnorm Child Psychol.* 2015 Jan;43(1):33-44. doi:10.1007/s10802-013-9847-4.

49. Peprah M., Collins A., Peprah J., Osafo J., Kretchy I, Gyasi M. Bullying Victimization and Suicidal Behavior among adolescents in 28 Countries and Territories: *Journal of Adolescent Health*, Volume 73, Issue 1: 110–117. doi:10.1016/j.jadohealth.2023.01.029.

50. Sarmiento, López A., Mauricio Z., Izabela. (2019). Is cyberbullying a group process? Online and offline bystanders of cyberbullying act as defenders, reinforcers and outsiders. *Computers in Human Behavior.* 99. 328-334. doi: 10.1016/j.chb.2019.05.037.

51. Serdiouk M., Berry D., Gest D., Scott D. Teacher-child relationships and friendships and peer victimization across the school year. *Journal of Applied Developmental Psychology.* 2016; 46:63-72. doi: 10.1016/j.appdev.2016.08.001.

52. Shalev, A.; Liberzon, I.; Marmar, C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N. Engl. J. Med.* 2017, 376, 2459–2469; doi:10.1056/NEJMra1612499.

53. Teicher M., Khan A. Childhood Maltreatment, Cortical and Amygdala Morphometry, Functional Connectivity, Laterality, and Psychopathology. *Child Maltreat.* 2019 Nov;24(4):458-465. doi:10.1177/1077559519870845.

54. Theodore L., Kratochwill T., Sanetti L., Collier-Meek M., Reeves M., Fernandez, B., Jimerson S., Brown J., Renshaw T., O'brennan L.; et al. *Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescents*; Springer Publishing Company: NewYork, NY, USA, 2016; 325–338.

55. Thomas, M. S., Crosby, S., & Vanderhaar, J. (2019). Trauma-Informed Practices in Schools Across Two Decades: An Interdisciplinary Review of Research. *Review of Research in Education*, 43(1), 422-452. doi:10.3102/0091732X18821123.

56. Wilmschurst, K. An integrated existential framework for trauma theory. *Canadian Social Work Review.* 2020 37(2), 131–147. doi:10.7202/1075115ar.

V.M. Ganuzin, G.S. Maskova

PSYCHOTRAUATIVE FACTORS IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT AS PREDICTORS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (REVIEW)

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The review presents the main causes, pathogenesis and clinical manifestations of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. On the basis of literature data and own research, the mechanisms of development of psychotraumatic factors of educational environment in children (pedagogical violence syndrome, bullying, cyberbullying, victimization) and their influence on psychological and somatic state of children in different age periods are discussed. The authors discuss the term “Postdidactic Stress Disorder Syndrome”, which they introduced, as one of the private manifestations of posttraumatic stress disorder and suggest its inclusion in ICD- 11.

Keywords: post-traumatic stress disorder, pedagogical violence syndrome; bullying; victimization; post-didactic stress disorder; children; school.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здо-
ровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, пси-
хологии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.

2. **Статья набирается в редакторе Word, шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.**

3. **Графики, рисунки, диаграммы изображаются В ЧЕРНО-БЕЛОМ ФОРМАТЕ, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ в Word'e.**

4. **Объем работы: авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).

5. В начале каждого материала указываются: **УДК**, авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Госстандарта, вначале источники на русском языке (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011(11), № 2, с. 141).

10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.

11. Плата за публикацию статей не взимается.

12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.

13. В случае наличия замечаний рецензента рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа автора.

14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.

15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 23.03.2026 г.

Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.

Печать цифровая.

Заказ № 65785.

Отпечатано в типографии «OneBook»

ООО «Сам Полиграфист»

129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.

www.onebook.ru