

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2026 (26), №3

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

**Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов**

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

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

Сайт журнала: psychildhealth-ru.ru

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

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2026

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

Редакционная коллегия:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

С.О. Кузнецова, А.Г. Ефремов, М.И. Яшлаева ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ.....	4
К.Э. Антонова, Н.В. Зверева, Р.Р. Рабаданова РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА.....	17
И.Н. Власенкова, А.С. Голосова ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПОДРОСТКОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	28
Л.И. Теплова, А.А. Шкарупа ИГРОВЫЕ ЖАНРЫ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР В СТРУКТУРЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АГРЕССИВНОСТИ И ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ.....	37

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

Ю.Е. Куртанова, А.А. Еремина ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ.....	47
С.Н. Майорова-Щеглова, А.Ю. Губанова ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБРАЩЕНИЙ ДЕТЕЙ ЗА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И СОБЫТИЙ ДЕТСКОЙ ЖИЗНИ.....	59
Т.В. Иващенко, М.А. Омельченко, В.О. Генералов ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	73

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДПОСЫЛОК ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ.....	80
Е.В. Тимошков, А.А. Попова, И.П. Шкрябко, А.А. Арутюнян ТЕХНИКА ПАТТЕРНОВ СГИБАНИЯ МОШЕ ФЕЛЬДЕНКРАЙЗА КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В РАМКАХ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА.....	85

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

С.В. Абрамов, И.С. Карауш НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ СМАРТФОНА НА ПСИХИКУ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	91
А.А. Мухаметшина, В.Д. Менделевич, А.Г. Жидяевский, Т.Р. Газизуллин ФАКТОРЫ РИСКА НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА (НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	101
М.В. Романовская, И.В. Добряков, Ю.А. Фесенко САМОПОВРЕЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	112
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	124

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

S.O. Kuznetsova, A.G. Efremov, M.I. Yashlaeva

FEATURES OF AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PRESCHOOL CHILDREN WITH GENERAL
SPEECH UNDERDEVELOPMENT..... 4

K. E. Antonova, N.V. Zvereva, R.R. Rabadanova

EATING DISORDERS IN TEENAGERS AND YOUTHS: EXPLORING
THE CHARACTERISTICS OF EMOTIONAL INTELLIGENCE..... 17

I.N. Vlasenkova, A.S. Golosova

FEATURES OF SOCIAL AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN ADOLESCENTS
WITH ALCOHOL DEPENDENCE..... 28

L.I. Teplova, A.A. Shkarupa

GAME GENRES OF COMPUTER GAMES IN THE STRUCTURE OF THE RELATIONSHIP
BETWEEN AGGRESSIVENESS AND GAMING ADDICTION IN OLDER ADOLESCENTS.... 37

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

Yu.E. Kurtanova, A.A. Eremina

EMOTIONAL STATE OF ADOLESCENTS BEFORE AND AFTER KIDNEY
TRANSPLANTATION..... 47

S.N. Mayorova-Shcheglova, A.Yu. Gubanova

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDREN'S APPEALS FOR PSYCHOTHERAPEUTIC
HELP AND EVENTS IN CHILDREN'S LIFE..... 59

T.V. Ivashchenko, M.A. Omelchenko, V.O.Generalov

PREDICTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS..... 73

SHORT COMMUNICATIONS

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

RECENT ADVANCES IN UNDERSTANDING OF THE BIOLOGICAL UNDERPINNINGS
OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN ADOLESCENCE..... 80

E.V. Timoshkov, A.A. Popova, I.P. Shkryabko, A.A. Arutyunyan

THE MOSHE FELDENKRAIS FLEXION PATTERN TECHNIQUE AS A METHOD
OF REDUCING NEUROPSYCHIC STRESS IN ADOLESCENTS WITHIN THE FRAMEWORK
OF THE EDUCATIONAL PROCESS..... 85

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATERIALS

S.V. Abramov, I.S. Karaush

SOME ASPECTS OF THE SMARTPHONE'S INFLUENCE ON THE PSYCHE
IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE..... 91

A.A. Mukhametshina, V.D. Mendelevich, A.G. Zhidyayevskiy, T.R. Gazizullin

RISK FACTORS FOR NON-SUICIDAL SELF-INJURIOUS BEHAVIOR IN PREPUBERTAL
CHILDREN (A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE)..... 101

M.V. Romanovskaya, I.V. Dobriakov, Yu.A. Fesenko

SELF-HARM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS..... 112

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 124

УДК 159.922.75

С.О. Кузнецова, А.Г. Ефремов, М.И. Яшлаева

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

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

Резюме. В статье представлены результаты эмпирического исследования, посвященного анализу степени выраженности и форм агрессивного поведения у детей дошкольного возраста, имеющих общее недоразвитие речи. Выборку исследования составили 54 ребенка, 27 детей имели общее недоразвитие речи III и II уровня, 27 детей без речевых нарушений составили контрольную группу. Использованы методы тестирования, опроса. Применялись: методика регистрации проявлений агрессии «Ребенок глазами взрослого», графическая методика «Кактус», тест «Рука» Вагнера, фрустрационный тест С. Розенцвейга в детском варианте. Было выявлено, что существуют статистически значимые различия в показателях агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи в сравнении с контрольной группой. Для детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи характерно проявление открытой агрессии, направленной вовне, и склонность к обвинению окружающих в произошедших фрустрирующих событиях, а также преобладание физической агрессии над вербальной.

Ключевые слова: дошкольники, агрессия, нарушение речи, общее недоразвитие речи, дошкольный возраст.

Согласно статистическим данным Минздрава РФ, 30% детей раннего возраста сталкиваются с проблемами при формировании речи, в дошкольном возрасте у каждого четвертого ребенка наблюдаются речевые нарушения, а в младшем школьном возрасте они встречаются у 15% детей. Также обнаружено, что мальчики в четыре раза чаще имеют проблемы с речевым развитием, чем девочки [13].

Проявление агрессивного поведения в детском возрасте, как правило, связано с недостаточно развитыми навыками контролирования эмоций и поведения, а также способности прогнозировать последствия агрессивного поведения. У детей с общим недоразвитием речи (ОНР) список данных факторов дополняется неспособностью в достаточной мере понимать речь окружающих и выражать свои чувства и потребности из-за недостатка речевых средств.

Как отмечает Н.А. Дубинко, «...агрессивное поведение дошкольников чаще всего выражается в формах враждебности, жестокости и демонстрации. Враждебность всегда имеет определенный объект. Часто враждебность и агрессия сочетаются друг с другом» [6]. Проявление жестокости может быть мотивированным и произвольным, что выражается в физических и вербальных

действиях, а также в воображении, когда ребенок представляет ситуации проявления жестокости по отношению к окружающим.

Агрессивное поведение детей дошкольного возраста с ОНР представляет собой сложное психологическое и коммуникативное явление, обусловленное особенностями развития ребенка и его взаимодействия с окружающей средой. В условиях недостаточного развития речевых навыков наблюдается проявление специфических черт и механизмов агрессии, которые требуют системного анализа и комплексных подходов в коррекционно-развивающей работе.

ОНР характеризуется затруднениями в овладении речевыми структурами и слабым развитием лексико-грамматического компонента. В результате у ребенка с ОНР формируются ограниченные возможности для вербального выражения своих чувств, потребностей, желаний и конфликтных ситуаций. Это создает условия для использования альтернативных стратегий поведения, среди которых доминирует агрессия, выражающая внутреннюю фрустрацию и неспособность объяснить свои переживания словами [1].

Дети с недоразвитием речи демонстрируют трудности в распознавании и управлении собственными эмоциональными состояниями. Неспособность адекватно интерпретировать свои чувства и обращаться за помощью усугубляет внутреннее напряжение, что нередко реализуется через вспышки агрессии: удары, толчки, крики. Отсутствие вербальных стратегий снижает возможности внутренней регуляции, и ребенок вынужден искать другие способы воздействия на окружающих или самореализации. Таким образом, проявление агрессии выступает альтернативным способом коммуникации с окружающими [7].

Основываясь на симптоматике детей с ОНР, выделяют следующие особенности агрессивного поведения у детей этой группы [5]:

1) формы агрессии: у детей с ОНР отмечаются как прямые формы (удары, крики, бросание предметов), так и косвенные (замкнутость, избегание контакта, отказ от совместных игр), часто присутствует выраженная раздражительность и склонность к капризности;

2) контекст возникновения: агрессивное поведение чаще возникает в ситуациях межличностных конфликтов, при невозможности выразить свои потребности, а также под влиянием эмоциональной перегрузки и чувства беспомощности;

3) степень регуляции: у этих детей наблюдается низкий уровень развития эмоциональной регуляции, что способствует возникновению и устойчивости агрессивных реакций даже при небольших раздражителях.

В исследовании Т.Б. Беневольской было показано, что дети с ОНР быстро запоминают и используют уничижительные словесные реакции, которые выступают типичными реакциями на фрустрирующие ситуации для детей этой группы. Фрустрация как способ реагирования возникает при наличии препятствия в достижении желаемого. Следовательно, при наличии того или иного препятствия, дети с ОНР могут проявлять агрессивное поведение [2].

Ю.В. Щербинина отмечает, что у детей с ОНР преобладают высказывания разрушительного содержания, например: «фука разбивает стекло, ломает иг-

рушки». В ситуациях конфликта такие дети часто первыми проявляют вербальную агрессию, к которой относятся насмешки, грубые требования, протест, угроза, жалобы и т.п. Вербальная агрессия чаще направлена на конкретного человека, который считается виновником фрустрирующей ситуации, и реже направлена на предмет. В детской среде вербальная агрессия может приобретать коллективные формы [18]. Т.М. Марченко исследовала проявление агрессивного поведения у детей со стертой дизартрией и пришла к выводу, что у детей с речевыми нарушениями склонность к агрессивному поведению формируется быстрее, чем у нормотипичных детей, и агрессивное поведение у детей со стертой дизартрией направлено вовне и сопровождается враждебностью [12].

М.А. Кован отмечает, что для детей с **ОНР** характерны раздражительность, повышенная двигательная и эмоциональная возбудимость, неусидчивость, которые объясняются незрелостью эмоциональной сферы и речевым дизонтогенезом. Такие проявления ведут к формированию деструктивных взаимоотношений и способствуют развитию неуверенности в себе, ведомости другими, агрессивности и обидчивости [10].

Другим направлением исследования агрессивного поведения у дошкольников в психолого-педагогической литературе является выявление половых различий. Исследования показывают, что до 3 лет агрессивное поведение мальчиков и девочек практически ничем не отличается. Они в равной степени выражают агрессию как в физической форме, так и в вербальной. Физическая агрессия может проявляться в укусах, бросании предметов, нанесении друг другу ударов. Вербальная агрессия выражается в крике и плаче [8]. К возрасту 4 лет у детей наблюдаются первые проявления половых различий в характере агрессивного поведения. Как правило, у мальчиков преобладают физические формы агрессии (толчки, драки и т. п.), в то время как у девочек — эмоциональные реакции (плач, крик). Многие исследователи объясняют данное явление социокультурными факторами, а именно особенностями родительского реагирования, которое предполагает менее строгую или даже одобрительную позицию в отношении открытых проявлений агрессии со стороны мальчиков. Часто родители считают нормальным, если мальчик умеет «постоять за себя» и демонстрирует физическую агрессию. В таком случае агрессивное поведение воспринимается как часть мужской роли. В то время как проявления агрессии у девочек вызывают у родителей сильную тревогу. Наличие такой установки приводит к снижению количества агрессивных девочек к возрасту 4-14 лет, даже если в раннем возрасте они демонстрировали значительную агрессивность [9].

Р.А. Новикова выделила следующие особенности агрессивного поведения у мальчиков дошкольного возраста [14]:

- 1) форма проявлений: преобладает физическая агрессия, которая выражается в драках, толканиях, побоях, а также в демонстрации силы;
- 2) степень выраженности: агрессивные проявления более частые и интенсивные;
- 3) контекст и мотивы: физическая агрессия у мальчиков нередко связана с конкуренцией, попытками завоевать лидерство, защитить свою территорию или

самоуважение;

4) социальные установки: общество часто более терпимо или даже поощряет физическую активность у мальчиков.

Для проявления агрессивного поведения у девочек характерно следующее [17]:

1) форма проявлений: преобладание вербальной агрессии, которая выражается в оскорблениях, насмешках, ссорах, а также в социальном исключении сверстников;

2) степень выраженности: физическая агрессия встречается реже и, как правило, менее интенсивна;

3) контекст и мотивы: агрессивное поведение чаще связано с межличностными конфликтами, попытками сохранять социальный статус, а также с внутренним переживанием обиды, ревности или чувства несправедливости;

4) социальные нормы: общество предъявляет к девочкам больше требований по сдержанности и аккуратности в поведении, что оказывает сдерживающее влияние на проявление открытой агрессии.

Из этого следует, что у мальчиков агрессивные проявления, особенно физические, преобладают в раннем возрасте и снижаются с взрослением ребенка при условии адекватной социализации. У девочек количество и интенсивность проявлений агрессии постепенно уменьшается по мере адаптации к социальным нормам, а формы агрессии трансформируются в более скрытые и вербальные.

Важно отметить, что в ряде современных работ утверждается, что у детей с ОНР агрессивное поведение отсутствует. Так, О.А. Халифаева установила, что дети с ОНР боятся агрессии, у них имеется потребность в защите, общении [15].

И.А. Конева и А.В. Белова утверждают, что сама по себе языковая недостаточность не является прямой причиной агрессии. Коммуникативные трудности при ОНР повышают вероятность фрустрации у ребенка, что может в некоторых случаях проявляться в форме нетактичного или деструктивного поведения (включая агрессию) как способе достижения целей или выражения состояния. Однако такое поведение является опосредованным, ситуативным, а не прямым следствием ОНР [11].

У детей с ОНР могут также наблюдаться сопутствующие состояния (нарушения поведения, дефицит внимания/гиперактивность, эмоционально-волевая неустойчивость и т. д.), поэтому именно сочетание речевой недостаточности с этими нарушениями повышает вероятность проблем с поведением. Таким образом, агрессия чаще связана с неблагоприятными психологическими и социальными условиями, чем только с речевым дефектом [16].

Таким образом, ОНР становится предиктором развития агрессивного поведения у детей дошкольного возраста, поскольку у них есть сложности с выражением своих эмоций и потребностей, установлением социальных контактов, частое чувство фрустрации и раздражительности, что учащает ситуации проявления агрессивного поведения.

Если же говорить о **проблеме нашего исследования**, то на сегодняшний день в психологической науке мнения ученых относительно взаимосвязи агрес-

сивного поведения и нарушений речевого развития у дошкольников весьма противоречивы. Ряд исследователей [3, 4, 13] считает, что для детей с ОНР характерно выраженное агрессивное поведение. В то же время выделяются исследования, согласно которым дети с ОНР боятся проявления агрессии и нуждаются в защите и общении [15]. Агрессивное поведение не является само по себе следствием только речевой недостаточности, а характеризуется опосредованностью и ситуативностью и возникает на фоне неблагоприятных психологических и социальных состояний [11, 16]. Также важно отметить, что большинство современных исследований сосредоточено на клинических характеристиках детей с ОНР, на уровне их агрессивности или же на общих сравнениях по принципу «здоровые/больные», тогда как особенности и формы проявления агрессивного поведения у дошкольников с ОНР остаются малоизученными [12, 15].

Цель нашего исследования: выявить особенности агрессивного поведения у детей с ОНР по сравнению с нормотипичными детьми дошкольного возраста.

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

1. Обзор теоретических и эмпирических работ по проблеме речевых нарушений у дошкольников и особенностей агрессивного поведения у детей с ОНР.
2. Разработка методического комплекса, составление батареи психологических методик, релевантных возрасту испытуемых и исследуемым особенностям.
3. Выявление психологических особенностей детей дошкольного возраста, описать степень выраженности и формы агрессивного поведения у дошкольников.
4. Провести сравнительное исследование агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с ОНР и контрольной группой.

Объект: агрессивное поведение дошкольников.

Предмет: особенности агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с ОНР.

В настоящем исследовании проверялись следующие **гипотезы**:

1. У детей дошкольного возраста с ОНР наблюдается более высокий уровень агрессивного поведения по сравнению с детьми нормотипичного речевого развития;
2. У детей дошкольного возраста с ОНР наблюдается преобладание форм агрессивного поведения, направленных вовне, в сравнении с детьми нормотипичного речевого развития;
3. У детей дошкольного возраста с ОНР наблюдается преобладание физической агрессии над вербальной по сравнению с детьми нормотипичного речевого развития.

Материал и методы исследования. В данной статье представлены результаты исследования, которое проводилось с 20 апреля по 31 мая 2026 г. на базе дошкольного отделения ГБОУ «Школа «Тропарево» г. Москвы. В данном исследовании были задействованы воспитанники старших групп. Выборку составили 54 ребенка, из них 24 мальчика и 30 девочек. Возраст детей от 5 до 6 лет (средний возраст 5,35 лет). 27 детей имели ОНР III и II уровня, 27 детей без речевых нарушений составили контрольную группу. Обе группы были уравне-

ны по половому составу и возрасту.

В исследовании использованы методы тестирования и опроса. 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 с использованием компьютерной программы SPSS. Для оценки значимости межгрупповых различий использовались непараметрический статистический критерий Манна-Уитни и критерий Колмогорова-Смирнова для нормальности распределения.

Для проверки гипотез были использованы следующие диагностические методики:

1) Методика регистрации проявлений агрессии «Ребенок глазами взрослого» позволяет составить представление об особенностях нарушений поведения и саморегуляции поведения ребенка. Методика направлена на исследование особенности агрессии детей дошкольного возраста по 19 показателям, каждый из которых оценивается по шкале от 0 до 4 в зависимости от частоты проявления. При обработке результатов подсчитывается общее количество набранных баллов, согласно которым выделяются четыре уровня агрессии.

2) Графическая методика «Кактус» направлена на диагностику особенностей эмоционально-личностной сферы ребенка. Детям выдаются лист бумаги А4 и карандаши и предлагается нарисовать кактус. При обработке результатов принимаются во внимание данные, соответствующие всем графическим методам, а также характеристики, свойственные именно для данной методики: «образа кактуса» (дикий, домашний, женственный и т. д.); манеры рисования (прорисованный, схематичный и пр.); иглок (размер, расположение, количество).

3) Тест «Рука» Вагнера (адаптированный для детей до 11 лет Н.Я. Семаго). Детям предлагается интерпретировать содержание действия изображенной руки. Действие может быть нейтральным или нести определенную смысловую нагрузку. Изображения предъявляются в определенной последовательности и положении. В зависимости от ответа ребенка определяются следующие категории: агрессия, указание, страх, эмоциональность, коммуникация, зависимость, демонстративность, увечность, активная безличность, пассивная безличность, описание.

4) Фрустрационный тест С. Розенцвейга в детском варианте, (адаптированный Е.Е. Даниловой) применялся для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности. Детям предлагается рассмотреть 24 ситуационные картинки и предположить, что может ответить человек справа.

Каждый ответ оценивается с двух точек зрения: «направленность реакции: экстрапунитивный (Е), интрапунитивный (I), импунитивный (М); тип реакции: препятственно-доминантный (O-D); эго-защитный (E-D); необходимо-упорствующий (N-P)».

Результаты исследования. В результате исследования получены следующие данные (см. табл. 1-4).

Таблица 1.

Описательная статистика показателей по методике «Ребенок глазами взрослого»

Шкалы	Среднее	Станд. отклонение
Агрессия (ОНР)	144,33	11, 504
Агрессия (норма)	57, 29	28,292

Как видно из табл. 1, среднее значение по данной методике у детей с ОНР составляет 144,33, что соответствует третьему уровню агрессии. Среднее значение у детей нормотипичного речевого развития равно 57,29, что соответствует первому уровню агрессии. В результате проведенного анализа по методике «Ребенок глазами взрослого» было получено, что I уровень агрессии характерен только для детей с нормотипичным речевым развитием – 76%. Для 24% детей с нормотипичным речевым развитием и для 14% детей с ОНР характерен II уровень агрессии. У 86% детей с ОНР выявлен III уровень агрессии. Самый высокий – IV уровень агрессии - не был выявлен ни у одного воспитанника.

Анализ результатов методики «Кактус» показал, что у 44% детей с ОНР и у 86% детей с нормотипичным речевым развитием наблюдаются четкие, непрерывистые линии. Смазанные и прерывистые линии выявлены у 56% детей с ОНР и у 14% детей с нормотипичным речевым развитием. Сильный нажим выявлен у 76% детей с ОНР и у 14% детей с нормотипичным речевым развитием. Средний нажим выявлен у 4% детей с ОНР и у 62% детей контрольной группы. Для 20% детей с ОНР и для 24% детей с нормотипичным речевым развитием характерен слабый нажим. Образ домашнего кактуса был представлен на рисунках у 72% детей с ОНР и у 76% детей контрольной группы. Дикий кактус изобразили 28% детей с ОНР и 24% детей с нормотипичным речевым развитием. Схематичный рисунок кактуса получился у 28% детей с ОНР и у 4% детей контрольной группы. Большие, длинные и в большом количестве иголки нарисовали 48% детей с ОНР и 4% детей группы сравнения. Средние иголки изобразили 34% детей с ОНР и 24% детей контрольной группы. Маленькие иголки изобразили только 9% детей с ОНР и 24% детей с нормотипичным речевым развитием. При этом, у 9% детей с ОНР и 48% детей контрольной группы на рисунках отсутствовали иголки.

В табл. 2 видно, что у детей с ОНР наиболее выраженными являются такие оценочные критерии, как агрессивность (7,3), активная безличность (9,1), эксгибиционизм (3,5), коммуникация (2,7) и аффектация (2). У детей с нормотипичным речевым развитием наиболее выраженными являются следующие оценочные критерии: активная безличность (5,6), коммуникация (3,6), аффектация (2,6) и эксгибиционизм (3,9).

Описательная статистика показателей по тесту «Рука»

Шкалы и группы	Среднее	Станд. отклонение
Агрессивность ОНР	7,38	3,485
Активная безличность ОНР	9,14	2,670
Пассивная безличность ОНР	0,67	0,966
Страх ОНР	0,52	0,750
Калечность ОНР	0,62	0,740
Зависимость ОНР	0,33	0,658
Коммуникация ОНР	2,76	1,786
Директивность ОНР	1,19	1,167
Аффектация ОНР	2,00	1,703
Экsgiбиционизм ОНР	3,57	2,580
Описание ОНР	0,86	0,910
Напряжение ОНР	0,48	0,750
Агрессивность НОРМА	0,86	1,590
Активная безличность НОРМА	5,62	2,037
Пассивная безличность НОРМА	1,05	1,071
Страх НОРМА	0,48	0,602
Калечность НОРМА	0,57	0,811
Зависимость НОРМА	0,43	0,676
Коммуникация НОРМА	3,62	1,774
Директивность НОРМА	1,86	0,793
Аффектация НОРМА	2,57	1,502
Экsgiбиционизм НОРМА	3,90	2,256
Описание НОРМА	1,33	1,461
Напряжение НОРМА	0,24	0,436
Отказ от ответа НОРМА	0,19	0,402

Табл. 3 демонстрирует, что у детей с ОНР наиболее выраженным являются профиль Е (среднее значение 0,71), средне выраженными являются профили Г' (среднее значение 0,10) и т (среднее значение 0,14), слабо выражен профиль І (среднее значение 0,05), не выражены такие профили, как М, Е', М', е и і, их среднее значение равно 0. У детей контрольной группы наиболее выражен профиль і (среднее значение 0,48), средне выражены профили Е (среднее значение 0,10), І (среднее значение 0,10), е (среднее значение 0,10) и т (среднее значение 0,14), слабо выражены профили М (среднее значение 0,05) и Е' (среднее значение 0,05), не выражены профили Г' и М', их среднее значение равно 0. Также выявлено, что экстрапунитивная направленность реакции преобладает у 72% детей с ОНР и у 24% детей с нормотипичным речевым развитием. Интропунитивная направленность реакции преобладает у 14% детей с ОНР и у 56% детей с

группы сравнения. Импульсивная направленность реакции преобладает у 14% детей с ОНР и у 20% детей с нормотипичным речевым развитием. Потребностно-неустойчивый тип реакции преобладает у 14% детей с ОНР и у 68% детей контрольной группы. Эго-защитный тип реакции преобладает у 72% детей с ОНР и у 28% детей с нормотипичным речевым развитием. Препятственно-доминантный тип реакции преобладает у 14% детей с ОНР и у 4% детей группы сравнения.

Таблица 3.

Описательная статистика показателей по фрустрационному тесту С. Розенцвейга в детском варианте

Шкалы и группы	Среднее	Станд. отклонение
Е (ОНР)	0,71	0,463
I (ОНР)	0,05	0,218
М (ОНР)	0,00	0,000
Е' (ОНР)	0,00	0,000
Г' (ОНР)	0,10	0,301
М' (ОНР)	0,00	0,000
е (ОНР)	0,00	0,000
i (ОНР)	0,00	0,000
m (ОНР)	0,14	0,359
Е (НОРМА)	0,10	0,301
I (НОРМА)	0,10	0,301
М (НОРМА)	0,05	0,218
Е' (НОРМА)	0,05	0,218
Г' (НОРМА)	0,00	0,000
М' (НОРМА)	0,00	0,000
е (НОРМА)	0,10	0,301
i (НОРМА)	0,48	0,512
m (НОРМА)	0,14	0,359

Как видно из табл. 4, значимые различия между исследуемыми группами выявлены по следующим показателям: уровень агрессивности, размер рисунка, характеристика линий, сила нажима, манера рисования, иголки, агрессивность, активная безличность, коммуникация, директивность, отказ от ответа, профиль Е и профиль i.

Для проверки ложнозначимых различий была проведена поправка на множественные сравнения (поправка Бонферрони). Исходя из этого, статистически значимыми будут различия по следующим шкалам: уровень агрессии ($p=0,000$), иголки ($p=0,001$), агрессивность ($p=0,001$), активная безличность ($p=0,000$), профиль Е ($p=0,001$) и профиль i ($p=0,001$). Таким образом, результаты исследования позволили определить закономерности развития агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с ОНР и нормальным речевым развитием.

Таблица 4.

Статистически значимые различия по показателям агрессивного поведения между группами детей с ОНР и контрольной группой (критерий Манна-Уитни)

Показатель по шкалам тестов	U	Значимость
Уровень агрессии	1,000	0,000
Размер кактуса	293,500	0,046
Характеристика линий	315,000	0,004
Сила нажима	312,500	0,013
Манера рисования	273,000	0,041
Иголки	362,500	0,001
Агрессивность	13,500	0,001
Активная безличность	73,000	0,000
Коммуникация	269,500	0,029
Директивность	299,000	0,041
Отказ от ответа	262,500	0,038
Профиль E	84,000	0,001
Профиль i	325,500	0,001

Полученные данные подтверждают ряд исследований [3, 4, 12]. Показано, что дети дошкольного возраста с ОНР в большей степени склонны к проявлению агрессивности, что обусловливается сочетанием дефицита эмоциональной регуляции, импульсивностью и трудностями социального взаимодействия. Эти дети свои агрессивные реакции направляют на внешний объект (людей, предметы, ситуацию), агрессия преимущественно выражается вовне. Так, агрессия может быть выражена в виде крика, оскорблений, ударов по предметам и их разрушения, конфликтного поведения в группе. Такие формы поведения чаще всего возникают в стрессовых ситуациях, когда дети не могут или не умеют адекватно справляться с фрустрацией внутри себя. У детей с ОНР значимо выше склонность к агрессивному поведению в открытой форме, при этом обвинение в происходящем приписывается другому. Результаты по методике «Рука» показали, что у детей дошкольного возраста с ОНР характерно проявление открытой агрессии, направленной вовне и склонность к обвинению окружающих в произошедших фрустрирующих событиях, наблюдается преобладание физической агрессии над вербальной по сравнению с детьми нормотипичного речевого развития. В результате проведенного исследования все наши гипотезы нашли свое подтверждение.

Несомненно, наше исследование имеет некоторые ограничения. Во-первых, это немногочисленная выборка детей. Во-вторых, значительное количество методик, которые использовались, являются проективными, что повышает субъективность оценки полученных данных. В-третьих, не учитывались половые различия в проявлении агрессивного поведения, которые возможны после 4 лет у детей.

В качестве дальнейших исследований по данной теме можно рассматри-

вать изучение факторов риска (стиль воспитания, сопутствующие нарушения, языковые показатели и т. д.) и механизмов влияния на формирование агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с ОНР.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что существуют статистически значимые различия в показателях агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с ОНР в сравнении с контрольной группой. Для детей дошкольного возраста с ОНР характерно проявление открытой агрессии, направленной вовне, и склонность к обвинению окружающих в произошедших фрустрирующих событиях, а также преобладание физической агрессии над вербальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова И.И. Нарушение коммуникативного развития у детей с общим недоразвитием речи // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2016. № 4. С. 65-69.
2. Беневольская Т.Б. Возрастные особенности агрессивных проявлений у старших дошкольников и их коррекция в условиях детского сада: дис. ... канд. психол. наук. М., 2008. 147 с.
3. Борякова Н.Ю. Психологические особенности детей с общим недоразвитием речи [Электронный ресурс]. URL : <https://582.tvoyasadik.ru/site/pub?id=540>.
4. Валявко С.М., Макагонова Ю.Ю. Психологическая модель коррекции агрессивного поведения дошкольников с речевым дизонтогенезом // Системная психология и социология. 2023. № 4 (48). С. 88-95.
5. Волковская Т.Н., Юсупова Г.Х. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи /под науч. ред. И.Ю. Левченко. М.: Национальный книжный центр, 2014. 96 с.
6. Дубинко Н.А. Влияние когнитивных процессов на проявление агрессивности в детском возрасте // Вопросы психологии. 2020. №1. С. 53-57.
7. Заяц Н.М., Смаилова М.Б. Особенности эмоциональной сферы детей с общим недоразвитием речи // Информация и образование: границы коммуникаций INFO. 2018. № 2. С. 179-185.
8. Иванова Е.А. Гендерные различия в проявлении агрессивности у детей // Сибирский психологический журнал. 2005. № 9. С. 85-90.
9. Иванова Е.А. Гендерные различия в проявлении агрессивности у детей различного возраста :дис. канд. психол. наук. Иркутск, 2002. 181 с.
10. Кован М.А. Особенности эмоционально-коммуникативной сферы у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи // Молодой ученый. 2026. № 4 (607). С. 456-459.
11. Конева И.А. Психологические особенности общения со сверстниками старших дошкольников с нарушениями речи // Современные проблемы науки и образования. 2024. № 3. С. 106-113.
12. Марченко Т.М. Экспериментальное исследование агрессивности у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией // Теоретическая и экспериментальная психология. 2011. № 1. С. 29-37.
13. Макаров И.В. Нарушения речевого развития у детей // Социальная и клиническая психиатрия. 2025. Т. 27. № 4. С. 101-106.

14. Новикова Р.А. Агрессивное поведение у дошкольников // Теория и практика современной науки. 2020. № 5. С. 115-121.

15. Халифаева О.А. Особенности поведения детей с нарушением речи // Психология образования в XXI веке: теория и практика. 2020. № 5. С. 60-69.

16. Чурсина Н.П. Особенности речевого и эмоционального общения родителей с детьми, имеющими проблемы речевого развития (ОНР) // Аутизм и нарушения развития. 2019. № 4 (1). С. 8-14.

17. Шевченко Г.С. Понятие агрессивного поведения девочек в психолого-педагогической литературе // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2022. № 2. С. 124-130.

18. Щербинина Ю.В. Вербальная агрессия в школьной речевой среде :автореф. дисс... канд. пед. наук. М., 2001. 19 с.

REFERENCES

1. Aleksandrova I.I. Narushenie kommunikativnogo razvitiya u detej s obshhim nedorazvitiem rechi // Aktual'ny'e problemy` gumanitarny`kh i estestvenny`kh nauk. 2016. # 4. S. 65-69.

2. Benevol'skaya T.B. Vozrastny`e osobennosti agressivny`kh proyavlenij u starshikh doshkol`nikov i ikh korrekciya v usloviyakh detskogo sada: dis. ... kand. psikhol. nauk. M., 2008. 147 s.

3. Boryakova N.Yu. Psikhologicheskie osobennosti detej s obshhim nedorazvitiem rechi [E`lektronny`j resurs]. URL : <https://582.tvoyasadik.ru/site/pub?id=540>.

4. Valyavko S.M., Makagonova Yu.Yu. Psikhologicheskaya model` korrekczii agressivnogo povedeniya doshkol`nikov s rechevy`m dizontogenezom // Sistemnaya psikhologiya i socziologiya. 2023. # 4 (48). S. 88-95.

5. Volkovskaya T.N., Yusupova G.Kh. Psikhologicheskaya pomoshh` doshkol`nikam s obshhim nedorazvitiem rechi /pod nauch. red. I.Yu. Levchenko. M.: Naczional`ny`j knizhny`j czentr, 2014. 96 s.

6. Dubinko N.A. Vliyanie kognitivny`kh processov na proyavlenie agressivnosti v detskom vozraste // Voprosy` psikhologii. 2020. #1. S. 53-57.

7. Zayacz N.M., Smailova M.B. Osobennosti e`moczial`noj sfery` detej s obshhim nedorazvitiem rechi // Informaciya i obrazovanie: granicz` kommunikaczij INFO. 2018. # 2. S. 179-185.

8. Ivanova E.A. Genderny`e razlichiya v proyavlenii agressivnosti u detej // Sibirskij psikhologicheskij zhurnal. 2005. # 9. S. 85-90.

9. Ivanova E.A. Genderny`e razlichiya v proyavlenii agressivnosti u detej razlichnogo vozrasta :dis. kand. psikhol. nauk. Irkutsk, 2002. 181 s.

10. Kovan M.A. Osobennosti e`moczial`no-kommunikativnoj sfery` u detej doshkol`nogo vozrasta s obshhim nedorazvitiem rechi // Molodoj ucheny`j. 2026. # 4 (607). S. 456-459.

11. Koneva I.A. Psikhologicheskie osobennosti obshheniya so sverstnikami starshikh doshkol`nikov s narusheniyami rechi // Sovremenny`e problemy` nauki i obrazovaniya. 2024. # 3. S. 106-113.

12. Marchenko T.M. E`ksperimental`noe issledovanie agressivnosti u detej

doshkol'nogo vozrasta so stertoj dizartriej // Teoreticheskaya i e'ksperimental'naya psikhologiya. 2011. # 1. S. 29-37.

13. Makarov I.V. Narusheniya rechevogo razvitiya u detej // Soczial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. 2025. T. 27. # 4. S. 101-106.

14. Novikova R.A. Agressivnoe povedenie u doshkol'nikov // Teoriya i praktika sovremennoj nauki. 2020. # 5. S. 115-121.

15. Khalifaeva O.A. Osobennosti povedeniya detej s narusheniem rechi // Psikhologiya obrazovaniya v XXI veke: teoriya i praktika. 2020. # 5. S. 60-69.

16. Chursina N.P. Osobennosti rechevogo i e'mocional'nogo obshheniya roditelej s det'mi, imeyushhimi problemy` rechevogo razvitiya (ONR) // Autizm i narusheniya razvitiya. 2019. # 4 (1). S. 8-14.

17. Shevchenko G.S. Ponyatie agressivnogo povedeniya devochek v psikhologo-pedagogicheskoy literature // Mezhdunarodny`j zhurnal gumanitarny`kh i estestvenny`kh nauk. 2022. # 2. S. 124-130.

18. Shherbinina Yu.V. Verbal'naya agressiya v shkol'noj rechevoj srede :avtoref. diss... kand. ped. nauk. M., 2001. 19 s.

S.O. Kuznetsova, A.G. Efremov, M.I. Yashlaeva

FEATURES OF AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PRESCHOOL CHILDREN WITH GENERAL SPEECH UNDERDEVELOPMENT

Russian Mental Health Research Center, Institute of Social Sciences of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Moscow).

Summary. The article presents the results of an empirical study on the analysis of the severity and forms of aggressive behavior in preschool children with general speech underdevelopment. The study sample consisted of 54 children,. 27 children had general speech underdevelopment of the III and II level, 27 children without speech disorders made up the control group. The following methods were applied: the method of registration of manifestations of aggression "Child through the eyes of an adult", the graphic method "Cactus", the Wagner's "Hand" test, the frustration test S. Rosenzweig in the children's version. It was found that there are statistically significant differences in the indicators of aggressive behavior in preschool children with general speech underdevelopment in comparison with the control group. For preschool children with general speech underdevelopment, it is characteristic to show open aggression directed outward and a tendency to blame others for the occurred frustrating events, as well as the prevalence of physical aggression over verbal.

Keywords: preschoolers, aggression, speech disorder, general speech underdevelopment, preschool age.

К.Э. Антонова^{1,3}, Н.В. Зверева^{1,2}, Р.Р. Рабаданова³
РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ:
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА

¹ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья»,
²ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
³Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой (Москва).

Резюме: В работе представлены результаты исследования особенностей эмоционального интеллекта (ЭИ) у лиц подросткового и юношеского возраста с расстройством пищевого поведения (РПП). В исследовании приняли участие девушки 14-25 лет (N=60) – ученицы школ и студентки вузов Москвы. Испытуемые делились на группы по нозологическому и возрастному критериям ЭИ. Получены данные о своеобразии показателей эмоционального интеллекта у девушек подросткового и юношеского возраста с РПП: низкий уровень внутриличностного и межличностного компонентов ЭИ.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, подростки, юношеский возраст, эмоциональный интеллект.

Введение. Благодаря влиянию социокультурных изменений, связанных с идеализацией образа тела в СМИ и социальными стандартами в отношении внешности, формирование отношения к телу и пищевое поведение девушек подросткового и юношеского возраста вызывает определенную настороженность, а сами девушки представляют собой группу повышенного риска формирования расстройств пищевого поведения (РПП) [5, 25]. Частота их остается достаточно высокой; ведутся научные и практикоориентированные исследования, и идет поиск возможных форматов помощи. РПП оказывает глубокое влияние на формирование личности, что может проявляться в изменении ценностей, эмоционального статуса и др. [2, 4, 6, 26].

Взаимозависимость различных личностных качеств и РПП может отражаться в таких характеристиках, как сверхценность веса, образа своего тела и контроля над едой, нестабильная самооценка, сниженный эмоциональный фон [19]. Отечественные и зарубежные исследования показали специфику мотивационной и интеллектуальной сферы лиц с РПП, своеобразие возрастных проявлений расстройства [1-3, 7, 10-13]. Однако важный компонент нормативного личностного функционирования – эмоциональный интеллект (ЭИ) – не всегда оказывался в фокусе внимания. ЭИ представляет собой набор умений, обусловленных способностью к осознанию и контролю собственных чувств, а также эмоций окружающих [1, 10-12]. Устойчивые нарушения регуляции психологического функционирования проявляются в трудностях, связанных с восприятием и проявлением эмоций [14-15, 18]. Представляя особую значимость для лиц подросткового и юношеского возраста с РПП, данное состояние характеризует-

ся низким уровнем ЭИ и склонностью к дизадаптивным¹ механизмам контроля массы и формы тела [20, 27].

Особенности личности всегда вносят свой вклад в развитие и течение болезни, продолжают определять особенности проявления ЭИ, что важно для поведения больного и его контактов с другими людьми [9, 26]. В возрастном аспекте сниженная адаптивность эмоций и ослабленный контроль чувств в сочетании с повышенной чувствительностью к стрессу создают почву для эмоциональных трудностей адаптации, одной из которых является РПП [16, 17, 23]. Чтобы адекватно поддерживать подростков и молодых взрослых в кризисный период и обучать навыкам эмоциональной регуляции при появлении неадаптивных форм поведения в стрессовых ситуациях необходимо выявить своеобразие (возрастное и нозологическое) ЭИ и его составляющих [22].

Цель работы: изучение особенностей ЭИ, которые наиболее часто используются лицами подросткового и юношеского возраста с РПП.

Настоящее исследование было направлено на проверку следующей **гипотезы:** ЭИ у девушек подросткового и юношеского возраста с РПП характеризуется низким уровнем внутриличностного и межличностного аспектов ЭИ.

Материал и методы исследования. Выборку составили 60 девушек в возрасте от 14 лет до 25 лет. Испытуемые делились на группы по нозологическому и возрастному критериям. По возрастному критерию группа состояла из 31 девушки подросткового возраста и 29 девушек юношеского возраста. По нозологическому критерию группа делилась на 30 здоровых девушек и 30 девушек с клиническим диагнозом РПП (F50.0, F50.1, F50.2, F50.4), проходивших стационарное лечение. Исследование проводилось на базе НППЦЗДиП им. Г.Е.Сухаревой в отделении № 5 Клиники расстройств пищевого поведения, а также на базе ГБОУ Школы № 827 Москвы с добровольного согласия респондентов (см. табл. 1).

Использовались следующие методики: Тест пищевых установок (EAT-26) Т.А. Мешковой, Н.О. Николаевой [13]; Тест эмоционального интеллекта (ЭмИн) Д.В. Люсина [11, 12]; Проективная методика «Рисунок себя» (Автопортрет) [3]; Самоописание в ответах на вопросы («Кто Я? Какая Я?») В.В. Лазуриной [8]. Статистическая обработка данных проводилась в программах Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 26 с использованием непараметрических U-критерия Манна-Уитни, H-критерия Краскала-Уоллиса и коэффициента корреляции Спирмена.

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

Таблица 1.

Характеристика выборки исследования в возрастных группах девушек подросткового и юношеского возраста (здоровых и с РПП)

Тип выборки	Здоровые девушки-подростки	Девушки-подростки с РПП	Здоровые девушки юношеского возраста	Девушки юношеского возраста с РПП
Средний возраст	16,2 (SD=1,2)	14,8 (SD=1)	22(SD=2,2)	20,6 (SD=1,7)
Диагноз (по МКБ-10)		F50.0 (52%)		F50.0 (8%)
		F50.1 (18%)		F50.1 (23%)
		F50.2 (18%)		F50.2 (39%)
		F50.4 (12%)		F50.4 (30%)
Количество испытуемых	14	17	16	13

Результаты и обсуждение. Основной проблемный вопрос исследования состоял в значимости роли ЭИ в подростковом и юношеском периодах взросления для возникновения и развития РПП.

Результаты показали, что внутриличностный (ВЭИ) и межличностный (МЭИ) конструкты ЭИ в умении идентифицировать, управлять и вербализовать эмоции наиболее выражены в группе здоровых испытуемых. Выраженность субшкалы «Контроль экспрессии» в группе с РПП свидетельствует о высокой потребности в самоконтроле внешних проявлений своих эмоций и уязвимостей, а также в перфекционизме. Высокий уровень контроля в данной группе характеризуется ситуационной неопределенностью, трудностями планирования будущего в рамках пищевых ограничений, связанных со сверхценностью идеи контроля над едой и весом тела (см. рис. 1).

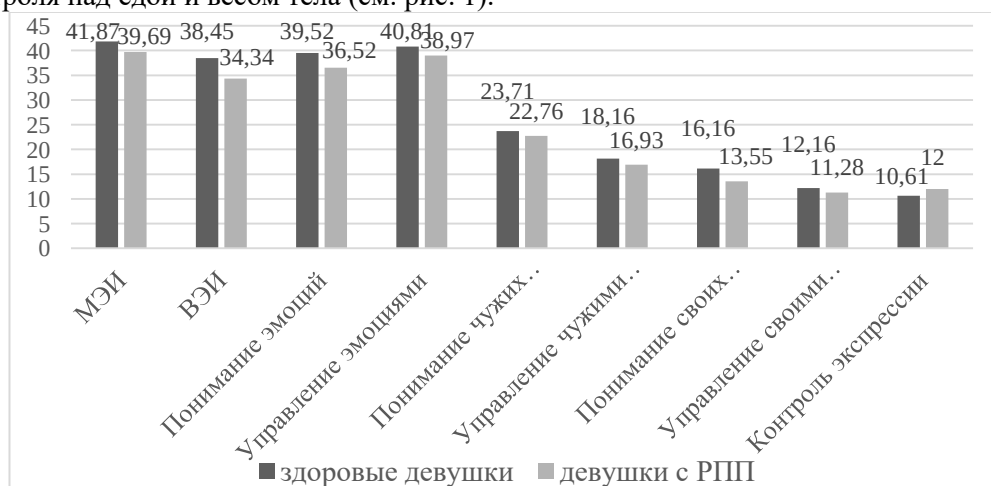


Рисунок 1. Средние показатели шкал и субшкал ЭИ в группах здоровых девушек подросткового и юношеского возраста и с РПП.

Сравнительный анализ по U-критерию Манна-Уитни выявил значимые различия по шкалам «Внутриличностный ЭИ» (ВЭИ) ($p=0,01$ при уровне значимости $p<0,05$), «Понимание эмоций» ($p=0,04$ при уровне значимости $p<0,05$) и составляющим их субшкалам «Понимание своих эмоций» ($p=0$) при уровне значимости $p<0,05$) и «Управление своими эмоциями» ($p=0,01$ при уровне значимости $p<0,05$) в группе девушек подросткового и юношеского возраста с РПП по сравнению с группой здоровых девушек. ВЭИ и его структурные компоненты оказались наименее используемыми в группе больных РПП, что характеризует трудности социализации, выстраивания близких доверительных отношений в обществе, а также слияние с эмоциональным состоянием и искаженными представлениями по отношению к окружающим людям и самим себе.

Значительная часть нашего исследования была посвящена изучению **возрастных особенностей** в использовании структур эмоционального интеллекта между подростковой и юношеской выборкой девушек здоровых и с РПП (см. табл. 2). Сравнительный анализ по H-критерию Краскала-Уоллиса аналогично выявил значимые различия по шкалам «Внутриличностный ЭИ» ($p=0,001$ при уровне значимости $p<0,05$), «Понимание эмоций» ($p=0,004$ при уровне значимости $p<0,05$) и составляющим их субшкалам «Понимание своих эмоций» ($p=0$ при уровне значимости $p<0,05$) и «Управление своими эмоциями» ($p=0,004$ при уровне значимости $p<0,05$) в группах здоровых девушек подросткового и юношеского возраста и с РПП. В результате анализа парных сравнений были выявлены значимые различия как в разных возрастных группах здоровых девушек-подростков и девушек юношеского возраста с РПП ($p=0,03$ при уровне значимости $p<0,05$), так и в одной возрастной группе здоровых девушек юношеского возраста и с РПП ($p=0,04$ при уровне значимости $p<0,05$). Так, у девушек-подростков с РПП в наибольшей степени могут возникать трудности в узнавании, дифференциации и управлении своими эмоциями, что может способствовать ухудшению течения болезни. Незначительные различия в разных возрастных группах указывают, с одной стороны, на трудности коммуникации и саморефлексии, низкой интероцептивной осознанности как особенностях возрастного периода, а с другой – тяжести переживания психопатологической симптоматики, нужде в опоре и поддержке в процессе реабилитации и лечения независимо от возраста.

Так, возрастные особенности пищевого поведения были опосредованы дидаптивными копинг-стратегиями, низким уровнем ЭИ и составляющими его компонентами у девушек-подростков по сравнению с девушками юношеского возраста.

Общий корреляционный анализ результатов по **тесту отношения к приему пищи (ЕАТ-26)** при помощи коэффициента корреляции Спирмена в группе девушек подросткового и юношеского возраста помог выявить статистически значимые различия между определенными показателями. Выявлены отрицательные связи между уровнем склонности к РПП и уровнем «ВЭИ» ($p=-0,53$ при уровне значимости $p<0,01$), «Понимания эмоций» ($p=-0,38$ при уровне значимости $p<0,01$) и «Управления эмоциями» ($p=-0,36$ при уровне значимости $p<0,05$).

Подробный анализ субшкал ЭИ позволил получить значимые отрицательные связи уровня склонности к РПП с компонентами «ВЭИ» – «Пониманием своих эмоций» ($r=-0,61$ при уровне значимости $p<0,01$) и «Управлением своими эмоциями» ($r=-0,49$ при уровне значимости $p<0,01$). Так, чем хуже больные испытываемые способны распознавать, дифференцировать, управлять и регулировать собственное эмоциональное состояние, тем выше уровень беспокойства по поводу образа, массы тела и организации пищевого поведения (см. табл. 3).

Таблица 2.

Средние показатели шкал и субшкал ЭИ в возрастных группах девушек подросткового и юношеского возраста (здоровых и с РПП)

Шкалы/Группы	Здоровые девушки-подростки	Девушки-подростки с РПП	Здоровые девушки юношеского возраста	Девушки юношеского возраста с РПП
Межличностный ЭИ (МЭИ)	44,9 (SD=3,8)	39,4 (SD=12,3)	41,8 (SD=8,6)	37,1 (SD=11,9)
Внутриличностный ЭИ (ВЭИ)	44 (SD=8,4)	33,8 (SD=9,1)	37,8 (SD=6,2)	30,1 (SD=6,9)
Понимание эмоций (ПЭ)	44 (SD=5,6)	35,2 (SD=10,2)	38,2 (SD=5,3)	34,5 (SD=9,7)
Управление эмоциями (УЭ)	44,2 (SD=5,7)	38 (SD=10,4)	41,9 (SD=7,8)	35,3 (SD=10,2)
Субшкалы				
Понимание чужих эмоций	24,9 (SD=2,9)	22,7 (SD=7,3)	23,9 (SD=5,7)	21,4 (SD=6,9)
Управление чужими эмоциями	20 (SD=2,1)	16,6 (SD=5,3)	17,9 (SD=4,2)	15,7 (SD=5,7)
Понимание своих эмоций	19,8 (SD=3,7)	13,2 (SD=3,8)	15,1 (SD=4,1)	11,6 (SD=3)
Управление своими эмоциями	13,9 (SD=2,7)	10,7 (SD=2,5)	12,2 (SD=2,5)	10,2 (SD=2,4)
Контроль экспрессии	10,3 (SD=3,1)	11,2 (SD=2,2)	11,9 (SD=3)	12,2 (SD=2,3)

По результатам проективной методики Самоописание в ответах на заданные вопросы (Кто Я? Какой или Какая Я?) было обнаружено, что 80% здоровых испытуемых имеют позитивное представление о себе, 12% используют нейтральное описание себя, а 8% – негативное. В группе девушек с РПП 52% выражали негативное представление о себе в описаниях, 32% описывали себя нейтрально и только в 16% выбирали позитивное самоописание.

Таблица 3.

Статистически значимые взаимосвязи между шкалами ЭИ и параметрами методик ЕАТ-26, Самоописание (Кто Я? Какая Я?) в группах здоровых девушек подросткового и юношеского возраста и с РПП

Склонность к РПП (ЕАТ-26)			
Уровень эмоционального интеллекта	Уровень значимости (p)	Самоидентификация	Уровень значимости (p)
Внутриличностный ЭИ	-0,53**	Социальное «Я»	-0,68**,68**
Понимание эмоций	-0,38**	Рефлексивное «Я»	-0,43**
		Проблемное «Я»	0,5**

Примечание: *Корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя); **Корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя).

Соотношение средних показателей идентичностей в группе здоровых девушек показало преобладание рефлексивного «добрая, умная, целеустремленная», социального «девушка, москвичка, студент», коммуникативного «подруга, поддержка семьи» и деятельного «будущий химик, пианистка» компонентов идентичности. В группе испытуемых с РПП преобладало проблемное «страшная, странная, толстая», социальное «человек, существо, плохая сестра» и рефлексивное «непонятно кто, забывчивая» представление о себе. Заметим, что больные испытуемые чаще всего использовали «Рефлексивное Я» в качестве негативного самоописания в экзистенциальном «я — существо, не знаю кто я» или персональном контексте (см. рис. 2).

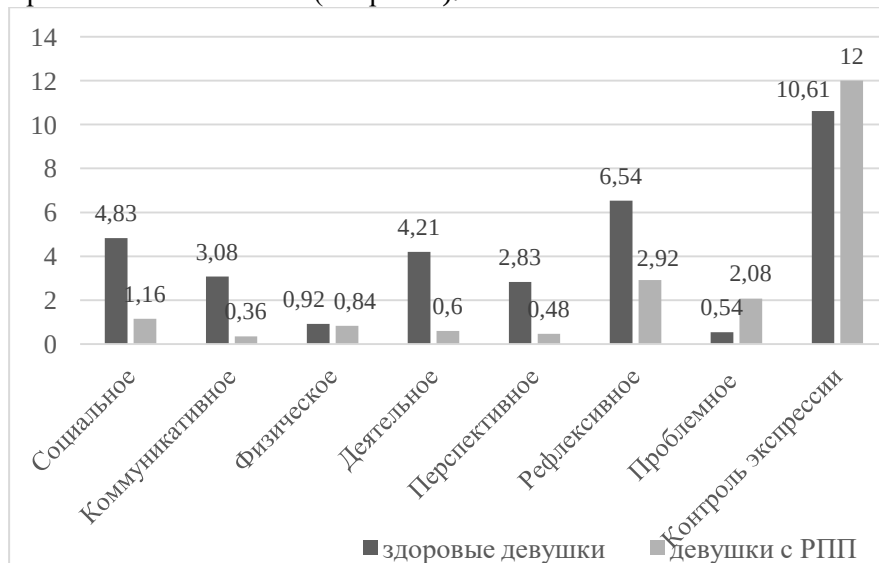


Рисунок 2. Результаты **самоописания** в группах здоровых девушек подросткового и юношеского возраста и с РПП по параметру **самоидентификации** (среднее количество ответов).

Анализ возрастных особенностей (Н-критерий Краскала-Уоллиса) подтвердил описанные ранее предположения и результаты, выявив значимые различия по таким идентификационным параметрам как: «Социальное Я» ($p=0$ при уровне значимости $p<0,05$), «Рефлексивное Я» ($p=0,07$ при уровне значимости $p<0,05$), «Проблемное Я» ($p=0,001$ при уровне значимости $p<0,05$). Соотношение показателей средних баллов в группе здоровых девушек подросткового возраста и с РПП пропорционально соответствует соотношению показателей в группах девушек юношеского возраста (см. табл.4). Так, в группе больных девушек юношеского возраста наиболее выражено «Проблемное Я», а девушки-подростки с РПП чаще всех выражают себя через социальный конструкт «Я» и «Рефлексивное Я», по сравнению с остальными группами.

Таблица 4.

Средние показатели компонентов идентичности в возрастных группах девушек подросткового и юношеского возраста (здоровых и с РПП)

Самоописание	Здоровые девушки-подростки	Девушки-подростки с РПП	Здоровые девушки юношеского возраста	Девушки юношеского возраста с РПП
Социальное	5,1 (SD=2,9)	3,2 (SD=2,4)	4,9 (SD=2,7)	2,1 (SD=1,3)
Коммуникативное	3,4 (SD=1,7)	2,7 (SD=2)	3,7 (SD=3,1)	1,1 (SD=1,8)
Материальное	0,1 (SD=0,3)	0,1 (SD=0,3)	0,1 (SD=0,5)	0 (SD=0)
Физическое	1,3 (SD=1,3)	0,8 (SD=1,2)	1 (SD=1,1)	0,5 (SD=0,3)
Деятельное	4,7 (SD=3)	2 (SD=1,3)	4,8 (SD=4,2)	0,3 (SD=0,6)
Перспективное	3,5 (SD=2,4)	2,2 (SD=2)	2,9 (SD=2,6)	2,3 (SD=1,6)
Рефлексивное	6,7 (SD=5,3)	5,9 (SD=2,6)	7,4 (SD=5,4)	3,8 (SD=2,5)
Проблемное	0,1 (SD=0,5)	2 (SD=3,4)	0,7 (SD=1,6)	2,4 (SD=2,6)

Анализ рисунка у девушек с РПП выявил дефицитарность ЭИ, проявляющуюся в дихотомичности и разноплановости расположения элементов. В беседах об образе подтверждены сложности понимания и управления собственными эмоциями на фоне сверхценности образа тела, что искажает реальное представление о себе [8].

Заключение и выводы. Проведенное исследование подтверждает высокую актуальность изучения ЭИ и его роли в формировании РПП у девушек подросткового и юношеского возраста. В результате исследования первая гипотеза была подтверждена: ЭИИ у девушек подросткового и юношеского возраста с РПП характеризуется низким уровнем межличностного и внутриличностного

ЭИ. Различия в структуре внутриличностного ЭИ и его компонентов (трудности понимания и управления своими эмоциями) оказались выраженными в обеих возрастных группах. Это отражалось в описаниях образов на рисунках (алекситимичность, формальность ответов), самоописаниях (проблемное, негативное рефлексивное «Я»), тогда как сложности межличностного общения интенсивнее проявились в группе девушек юношеского возраста с РПП.

Трудности самоидентификации, эмоциональной регуляции и рефлексии характеризуют преобладание негативного самоотношения в группе больных РПП. Позитивная самоидентификация способствует развитию структур ЭИ, тогда как негативное представление о себе может приводить к трудностям социализации и снижению уровня ЭИ. Возрастные особенности не являются основным фактором риска развития РПП и опосредуются психосоциальными факторами, низким уровнем ЭИ, повышающими уязвимость перед формированием РПП.

Дальнейшие перспективы нашего исследования заключаются в разработке дифференцированного подхода к профилактическим и коррекционным программам работы с подростковыми и юношескими группами с РПП на различных стадиях развития патологии. Полученные данные позволяют предполагать, что эффективность психологической коррекции и психотерапевтической работы с РПП может быть повышена благодаря анализу трудностей в понимании и управлении своими эмоциями в структуре ЭИ, а также обучению новым эффективным способам эмоциональной саморегуляции в стрессовых ситуациях на разных этапах взросления [21, 22].

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева И.Н. Эмоциональный интеллект как феномен современной психологии. Новополюцк: ПГУ, 2011. 387 с.: ISBN 978-985-531-260-5.
2. Балакирева Е.Е. Нарушения пищевого поведения у детей и подростков // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. Т. 22. № 4. С. 38-41.
3. Балакирева Е.Е., Зверева М.В., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Особенности применения методики «Рисунок себя» у детей и подростков с нарушениями пищевого поведения // Психиатрическая наука в истории и перспективе: Мат-лы Юбилейной Всероссийской науч.-практ. конф., посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья. М., 2019. С. 73-75.
4. Буреломова А.С., Собкин В.С. Ценностные ориентации современного подростка // Социология образования. Труды по социологии образования. М.: ФГНУ «Институт социологии образования» РАО, 2012. С. 47-55.
5. Васюра С.А., Иголеви́ч Н.И. Связь коммуникативной активности и самооценки подростков поколения Z // Проблемы современного образования. 2020. №. 5. С. 81-95.
6. Глухих С.И. Подростковые комплексы, связанные с внешностью: профилактика и коррекция // Социальная педагогика. 2011. №. 4. С. 60-66.
7. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект / пер. с англ. А. Исаевой. 8-е изд. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2019. 461 с. ISBN 978-5-00146-458-7
8. Зверева Н.В., Зверева М.В., Антонова Е.А. Особенности применения методики самоописания «Кто Я? Какой Я?» в детской патопсихологии // Психиат-

рия. 2024. Т. 22. № 3. Вып. 2. С. 91-92.

9. Кирюхина Н.А., Польская Н.А. Эмоциональная дисрегуляция и неудовлетворенность телом в женской популяции // Клиническая и специальная психология. 2021. Т. 10, № 3. С. 126-147.

10. Кочетова Ю.А. Эмоциональный интеллект старших подростков. М.: МГППУ, 2021. 104 с.

11. Люсин Д.В. Современные представления об эмоциональном интеллекте // Социальный интеллект. Теория, измерения, исследования / ред. Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 29-36.

12. Люсин Д.В., Овсянникова В.В. Связь эмоционального интеллекта и личностных черт с настроением // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2015. № 4. С. 154—164.

13. Мешкова Т.А., Александрова Р.В. Некоторые особенности самооценки у девочек-подростков с риском нарушения пищевого поведения // Человеческий капитал. 2015. № 9 (81). С. 28-31.

14. Овчарова Р.В. Психологические особенности женщин с нарушениями пищевого поведения // Вестник КГУ. Серия: Физиология, психология и медицина. 2016. № 2 (41). С. 91-97.

15. Петрова Е.А., Петунина С.В. Особенности эмоционального интеллекта женщин с нарушением пищевого поведения // Наукосфера. 2021. № 1-1. С. 114-118.

16. Поскребышева Н.Н., Карабанова О.А. Возрастно-психологический подход в исследовании личностной автономии подростка // Национальный психологический журнал. 2014. № 1(13). С. 72-83.

17. Семеновских Т.В., Дуплянкин В.В. Эмоциональный интеллект и стиль саморегуляции учебной деятельности в подростковом возрасте Вестник евразийской науки. 2015. Т. 7. №. 5 (30). С. 228.

REFERENCES

1. Andreeva I.N. E`mocziional`ny`j intellekt kak fenomen sovremennoj psikhologii. Novopoloczsk: PGU, 2011. 387 s.: ISBN 978-985-531-260-5.

2. Balakireva E E. Narusheniya pishhevogo povedeniya u detej i podrostkov // Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2020. Т. 22. # 4. S. 38-41.

3. Balakireva E.E., Zvereva M.V., Zvereva N.V., Koval`-Zajczev A.A. Osobennosti primeneniya metodiki «Risunok sebya» u detej i podrostkov s narusheniyami pishhevogo povedeniya // Psikhiatricheskaya nauka v istorii i perspektive: Mat-ly` Yubilejnoj Vserossijskoj nauch.-prakt. konf., posvyashhennoj 75-letiyu Nauchnogo czentra psikhicheskogo zdorov`ya. M., 2019. S. 73-75.

4. Burelomova A.S., Sobkin V.S. Czennostny`e orientaczii sovremenno go podrostka // Socziologiya obrazovaniya. Trudy` po socziologii obrazovaniya. M.: FGNU «Institut socziologii obrazovaniya» RAO, 2012. S. 47-55.

5. Vasyura S.A., Iogolevich N.I. Svyaz` kommunikativnoj aktivnosti i samooczenki podrostkov pokoleniya Z // Problemy` sovremenno go obrazovaniya. 2020. #. 5. S. 81-95.

6. Glukhikh S.I. Podrostkovy`e komplekсы, svyazanny`e s vneshnost`yu: profilaktika i korrckcziya // Soczial`naya pedagogika. 2011. #. 4. S. 60-66.

7. Goulman D. E`moczial`ny`j intellekt / per. s angl. A. Isaevoj. 8-e izd. M.: Mann, Ivanov i Ferber, 2019. 461 s. ISBN 978-5-00146-458-7
8. Zvereva N.V., Zvereva M.V., Antonova E.A. Osobennosti primeneniya metodiki samoopisaniya «Kto Ya? Kakoj Ya?» v detskoj patopsikhologii // Psikhiatriya. 2024. T. 22. # 3. Vy`p. 2. S. 91-92.
9. Kiryukhina N.A., Pol`skaia N.A. E`moczial`naya disreguliaciia i neudovletvorennost` telom v zhenskoj populyacii // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2021. T. 10, # 3. S. 126-147.
10. Kochetova Yu.A. E`moczial`ny`j intellekt starshikh podrostkov. M.: MGPPU, 2021. 104 s.
11. Lyusin D.V. Sovremennyy`e predstavleniya ob e`moczial`nom intellekte // Sotsial`ny`j intellekt. Teoriya, izmereniya, issledovaniya / red. D.V. Ushakova. M.: Institut psikhologii RAN, 2004. S. 29-36.
12. Lyusin D.V., Ovsyannikova V.V. Svyaz` e`moczial`nogo intellekta i lichnostny`kh chert s nastroyeniem // Psikhologiya. Zhurnal Vy`sšej shkoly` e`konomiki. 2015. # 4. S. 154—164.
13. Meshkova T.A., Aleksandrova R.V. Nekotory`e osobennosti samoocenki u devochek-podrostkov s riskom narusheniya pishhevogo povedeniya // Chelovecheskij kapital. 2015. # 9 (81). S. 28-31.
14. Ovcharova R.V. Psikhologicheskie osobennosti zhenshhin s narusheniyami pishhevogo povedeniya // Vestnik KGU. Seriya: Fiziologiya, psikhologiya i mediczina. 2016. # 2 (41). S. 91-97.
15. Petrova E.A., Petunina S.V. Osobennosti e`moczial`nogo intellekta zhenshhin s narusheniem pishhevogo povedeniya // Naukosfera. 2021. # 1-1. S. 114-118.
16. Poskreby`sheva N.N., Karabanova O.A. Vozrastno-psikhologicheskij podkhod v issledovanii lichnostnoj avtonomii podrostka // Naczional`ny`j psikhologicheskij zhurnal. 2014. # 1(13). S. 72-83.
17. Semenovskikh T.V., Duplyankin V.V. E`moczial`ny`j intellekt i stil` samoreguliacii uchebnoj deyatel`nosti v podrostkovom vozraste Vestnik evrazijskoj nauki. 2015. T. 7. #. 5 (30). S. 228.
18. Boyd Ch. Coping and emotional intelligence in women with a history of eating disordered behavior // McNair Scholars Journal. 2006. Vol. 10. P. 5–12.
19. Chawner L., Filippetti M. A developmental model of emotional eating // Developmental Review. 2024. Vol. 72. P. 101133.
20. Evers C., Stok M., de Ridder D.T.D. Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating // Personality and Social Psychology Bulletin. 2010. Vol. 36. № 6. P. 792-804.
21. Fatt S.J., Mond J., Bussey K., Murray S.B., Lonergan A., Hay P., Pike K.M., Trompeter N., Mitchison D. Seeing yourself clearly: self-identification of a body image problem in adolescents with an eating disorder // Early Intervention in Psychiatry. 2021. Vol. 15. № 3. P. 577-584.
22. Loucas C., Stice E., Whittington C. and all - E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis // Behaviour Research and Therapy. 2014. Vol. 63. P. 122-131

23. Masimzade S. Age and Psychological Problems of Adolescence // Scientific Works. 2024. Vol. 18. P. 167-171.

24. Neacsiu A.D., Bohus M., Linehan M.M. Dialectical Behavior Therapy: An Intervention for Emotion Dysregulation. Handbook of Emotion Regulation, Second Edition / ed. J.J. Gross. NY: Guilford Press, 2014. P. 491—507.

25. Peter C., Brosius H.-B. The role of the media in the development, course, and management of eating disorders // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021. Vol. 64, № 1. P. 55-61.

26. Qian J. et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis // Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2021. T. 27. P. 415-428.

27. Trompeter N., Bussey K., Forbes M.K., and all., Emotion Dysregulation and Eating Disorder Symptoms: Examining Distinct Associations and Interactions in Adolescents // Research on Child and Adolescent Psychopathology. 2022. Vol. 50. P. 683–694.

K. E. Antonova^{1,3}, N.V. Zvereva^{1,2}, R.R. Rabadanova³
EATING DISORDERS IN TEENAGERS AND YOUTHS:
EXPLORING THE CHARACTERISTICS
OF EMOTIONAL INTELLIGENCE

¹Russian Mental Health Research Center, ²Moscow State University of Psychology and Education, ³Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva (Moscow).

Summary. The article presents the results of a study of the features of emotional intelligence (EQ) employed by eating disorders (ED) in teenagers and youths. The study involved women 14–25 years (N=60) – high school and university students from Moscow. The subjects were divided into groups according to nosological and age criteria of emotional intelligence. Data have been obtained on the distinctive characteristics of emotional intelligence indicators among teenagers and youths with eating disorders: low levels of the intrapersonal and interpersonal components of emotional intelligence.

Keywords: eating disorders (ED), emotional intelligence (EQ), youth,, teenage years.

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ИНТЕЛЛЕКТА У ПОДРОСТКОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).**

Резюме. Представлены результаты клинико-психологического исследования особенностей социального и эмоционального интеллекта у подростков с алкогольной зависимостью. Обследованы 50 подростков 14–18 лет, из них 20 с диагнозом F10.1 (по МКБ-10) и 30 без признаков аддиктивного поведения. Использованы тест социального интеллекта Дж. Гилфорда, тест эмоционального интеллекта подростков (ТЭИ-П), опросник социальных навыков Гольдштейна и шкала алкогольной зависимости В.Д.Менделевича. У подростков с алкогольной зависимостью выявлены снижение показателей социального интеллекта, разнонаправленные изменения компонентов эмоционального интеллекта и меньшая согласованность их взаимосвязей.

Ключевые слова: подростки, алкогольная зависимость, эмоциональный интеллект, социальный интеллект, социальные навыки.

Введение. Проблема употребления алкоголя в подростковом возрасте сохраняет высокую социальную и клинико-психологическую значимость. Согласно ВОЗ, около четверти лиц 15–19 лет в мире (≈ 155 млн) употребляют алкоголь. В РФ распространенность среди подростков остается высокой: 39,5% в 2016 г. и 37,3% в 2019 г., при этом мониторинг РМЭЗ НИУ ВШЭ фиксирует снижение доли употребляющих алкоголь «хотя бы иногда» среди 14–22-летних с 62,1% в 2006 г. до 26,9% в 2019 г. [6, 23]. Регулярное употребление каждым четвертым подростком свидетельствует об устойчивости проблемы и рисках социальной дизадаптации.

Раннее приобщение к алкоголю влечет нейрокогнитивные и поведенческие последствия, затрагивая эмоциональное благополучие и саморегуляцию. В этой связи особое значение приобретают эмоциональный (далее ЭИ) и социальный интеллект (далее СИ) как личностные ресурсы, влияющие на реагирование в стрессовых ситуациях и вероятность аддиктивного поведения [19]. Метаанализ 11 исследований подтвердил связь низкого ЭИ с вовлеченностью в употребление алкоголя, что позволяет рассматривать эмоциональные дефициты как предиктор аддикций [22].

Подростковый возраст характеризуется интенсивными трансформациями: эмоциональной лабильностью, кризисом идентичности, значимостью общения со сверстниками и формированием «чувства взрослости» [4, 15, 17, 18]. В условиях «разрыва в зрелости» — диспропорции между когнитивным развитием и незрелостью саморегуляции — подростки особенно уязвимы к поведенческим рискам, что способствует выбору неадаптивных стратегий снятия напряжения, включая употребление психоактивных веществ (ПАВ) [24].

С позиций теорий ЭИ, ключевыми компонентами выступают распознавание,

понимание, использование и управление эмоциями [3, 8, 20]. В подростковом возрасте при прогрессе в распознавании базовых эмоций сохраняются трудности дифференциации сложных состояний и их вербализации, а также доминирование неадаптивных стратегий регуляции — избегание, подавление, руминация [1, 5, 11, 12, 26]. СИ обеспечивает понимание социальных ситуаций, прогнозирование поведения и адаптацию [7, 14, 21, 25]. Его развитие в подростковом возрасте тесно связано с общением со сверстниками и освоением социальных норм [4, 16].

Несмотря на наличие исследований аддиктивного поведения, ЭИ и СИ по отдельности, сохраняются противоречия: внутренние психологические механизмы изучены меньше, чем биологические и социальные факторы риска, а ЭИ и СИ часто рассматриваются изолированно, без анализа их системного взаимодействия. Недостаточно изучено, какие именно компоненты наиболее уязвимы при склонности к алкогольной зависимости (АЗ).

Таким образом, наблюдается дефицит комплексных исследований, рассматривающих ЭИ, СИ и социальные навыки как единую взаимосвязанную систему в контексте подростковой АЗ, что определяет научную и практическую значимость данной работы.

Цель исследования — комплексное изучение особенностей ЭИ и СИ, социальных навыков у подростков с признаками АЗ.

Гипотезы. Предполагается, что у подростков с АЗ:

1. уровень ЭИ и СИ, а также сформированность социальных навыков ниже, чем у сверстников без склонности к аддиктивному поведению;
2. структура взаимосвязей между показателями ЭИ, СИ и социальными навыками носит иной характер.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 50 подростков — 26 юношей и 24 девушки 14–18 лет. Исследование проводилось на базе Наркологического диспансера № 12 (филиал МНПЦ ДЗМ) и общеобразовательных школ Москвы. Участие подростков в исследовании было добровольным, информированное согласие было получено. Клиническую группу ($n=20$) составили подростки с АЗ (F10.1), наблюдающиеся в наркологическом диспансере № 12 для несовершеннолетних (средний возраст $15,9 \pm 1,07$ г.; 11 юношей, 9 девушек). Контрольную группу ($n=30$) составили подростки, не состоящие на учете у психиатра и не имеющие склонности к АЗ (менее 98 баллов по шкале АЗ опросника В.Д. Менделевича), средний возраст $15,7 \pm 1,12$ г.; 15 юношей, 15 девушек. Подростки обеих групп являлись учащимися 9–11 классов московских школ.

Исследование включало три этапа. На первом этапе с помощью опросника «Склонность к зависимому поведению» (шкала АЗ, В.Д. Менделевич) проводился отбор в контрольную группу [9]. На втором этапе диагностировались: социальный интеллект (тест Дж. Гилфорда, модификация О.С. Михайловой, субтесты «Истории с завершением» и «Истории с дополнением»); эмоциональный интеллект (ТЭИ-П, адаптация Е.А. Сергиенко, Е.А. Хлевой и Т.В. Киселевой), оценивающий общий уровень ЭИ и его компоненты (распознавание, использование, понимание и управление эмоциями); социальные навыки (опросник А.П. Гольдштейна) [2, 10, 13]. На третьем этапе проводилась статистическая обра-

ботка: для межгрупповых сравнений использовался критерий Манна–Уитни, для анализа взаимосвязей — коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Уровень значимости принят $p < 0,05$.

Результаты исследования. Основные результаты по Тесту СИ и Тесту ЭИ в группах подростков нормы и подростков с диагнозом F10.1 представлены в табл. 1 (среднее значение, стандартное отклонение и значимость различий). Обнаружено, что имеются значимые различия по всем исследуемым показателям СИ и ЭИ (по критерию Манна–Уитни).

Таблица 1.

Значимые различия между показателями социального и эмоционального интеллекта у подростков клинической и контрольной групп

Показатель		Подростки с F10.1 M(SD)	Подростки нормы M(SD)	Значимость различий
СИ	Интерпретация поведения другого	2,55 (0,88)	3,67 (0,92)	<0.001*
	Прогнозирование развития ситуации	2,2 (0,62)	2,83 (0,79)	0.006*
ЭИ	Понимание эмоций	96,5 (8,95)	104 (13,56)	0.015*
	Управление эмоциями	109,1 (11,12)	101,43 (12,33)	0.02*
СН	Самооценка начальных навыков	2,83 (1,33)	3,89 (0,65)	0,006*
	Оценка начальных навыков сверстников	2,96 (1,27)	3,68 (0,56)	0,045*
	Коэффициент компенсации	0,06 (0,81)	0,22 (0,55)	0.049*

*Примечание: M (SD) – среднее и (стандартное отклонение), СИ – социальный интеллект («Интерпретация...» – по субтесту «Истории с завершением», «Прогнозирование...» – по субтесту «Истории с дополнением»), ЭИ – эмоциональный интеллект, СН – социальные навыки, коэффициент компенсации – разница между самооценкой и оценкой сверстников. *Значимость различий на уровне 0,05.*

У подростков с АЗ снижены способности к интерпретации и прогнозированию социального поведения ($p < 0,01$), понимание эмоций ($p = 0,015$), самооценка социальных навыков и коэффициент компенсации ($p < 0,05$), тогда как показатели управления эмоциями, напротив, выше ($p = 0,02$). Выявленные различия отражают трудности понимания социального поведения, дефицит вербализации эмоций, искаженное восприятие собственной и чужой социальной компетентности, а также дисбаланс в оценке социальных навыков у подростков с АЗ. Все это подтверждает первую гипотезу.

Для проверки второй гипотезы о различиях в структуре взаимосвязей между

ЭИ, СИ и социальными навыками проведен корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) отдельно в контрольной группе и клинической группе (F10.1). При анализе социальных навыков учитывались как самооценка респондентов, так и их оценка выраженности данных навыков у сверстников. Результаты статистически значимых корреляций представлены в табл. 2–4.

Анализ показал, что в норме наблюдается разветвленная сеть значимых корреляций, свидетельствующая о согласованности эмоциональной и социальной сфер, тогда как при АЗ структура связей качественно иная. В частности, в норме наиболее тесные связи обнаружены между показателем СИ «Интерпретация поведения другого» и общим уровнем ЭИ ($r=0,595$; $p<0,01$), управлением эмоциями ($r=0,534$; $p<0,01$), а также с самооценкой социальных навыков ($r=0,487$; $p<0,01$) и альтернативами агрессии ($r=0,558$; $p<0,01$), тогда как при АЗ значимые корреляции между СИ и ЭИ отсутствуют. Прогнозирование развития ситуации в норме связано с оценкой навыков самовыражения ($r=0,443$; $p<0,05$) и общения у сверстников ($r=0,501$; $p<0,01$), тогда как у подростков с АЗ оно коррелирует преимущественно с показателями самооценки социальных навыков (общий уровень: $r=0,505$; $p<0,05$; навыки планирования: $r=0,548$; $p<0,05$) и оценкой планирования у сверстников ($r=0,466$; $p<0,05$). Компоненты ЭИ в норме интегрированы в систему взаимосвязей (общий уровень ЭИ связан с самооценкой социальной компетентности ($r=0,423$; $p<0,05$), управление эмоциями — с оценкой просоциальных паттернов ($r=0,375$; $p<0,05$)), тогда как при АЗ взаимосвязи сохраняются преимущественно внутри отдельных доменов (стратегический домен ЭИ связан с самооценкой реагирования на переживания других ($r=0,473$; $p<0,05$) и альтернативами агрессии ($r=0,456$; $p<0,05$)). Дополнительно выявлены отрицательные корреляции, отсутствующие в норме: общий уровень ЭИ отрицательно связан с оценкой социальных навыков сверстников (начальные навыки общения: $r=-0,45$; $p<0,05$; реагирование на переживания: $r=-0,462$; $p<0,05$), что отражает более критичное восприятие окружающих.

Таким образом, для подростков с АЗ характерна не только обедненная, но и качественно иная структура связей: разобщенность ЭИ и СИ и наличие отрицательных корреляций подтверждают дисгармоничное развитие социально-эмоциональной сферы.

Таблица 2.

Статистически значимые корреляции между показателями СИ и ЭИ в контрольной группе

Показатель 2 Показатель 1		ЭИ				
		Общий ур.	Опытный домен	Использование эмоций	Стратегический домен	Управление эмоциями
СИ	Интерпретация поведения другого	0,595**	0,411*	0,388*	0,498**	0,534**

Таблица 3.

Статистически значимые корреляции между показателями СИ и ЭИ и оценки социальных навыков в контрольной группе

Показатель 1 \ Показатель 2		Социальные навыки					
		Самооценка					
		Общ	НН	НСв	РнП	НП	ААД
СИ	Интерпретация поведения другого	0,487**	0,362*	-	0,377*	-	0,558**
ЭИ	Общий уровень	0,423*	0,407*	0,362*	-	-	-
	Опытный домен	-	-	-	-	0,419*	-
		Оценка сверстников					
		Общ	НН	НСв	РнП	НП	ААД
СИ	Интерпретация поведения другого	0,564**	0,379*	0,554**	-	0,451*	0,651**
	Прогнозирование развития ситуации	-	0,501**	0,443*	-	-	-
ЭИ	Общий уровень	-	-	-	-	-	0,365
	Стратегический	-	-	0,363*	-	-	0,379*
	Управление	-	-	-	0,384*	0,421*	0,375*

Примечание (здесь и далее): **НН** - начальные навыки общения, **НСв** – навыки самовыражения, **РнП** – реагирование на переживание других, **НП** – навыки планирования поведения, **ААД** – альтернативы агрессивным действиями.

Таблица 4.

Статистически значимые корреляции между показателями социальных навыков и СИ и ЭИ в клинической группе

Показатель 1 \ Показатель 2		Социальные навыки			
		Самооценка			
		Общ	РнП	НП	ААД
СИ	Прогнозирование развития ситуации	0,505*	0,481*	0,548*	-
ЭИ	Общий уровень	-	-	-	-
	Стратегический домен	-	0,473*	-	0,456*
		Оценка сверстников			
		НН	РнП	НП	ААД
СИ	Прогнозирование развития ситуации	-	-	0,466*	0,471*
ЭИ	Общий уровень	-0,45*	-0,462*	-	-

Обсуждение результатов. Проведенное исследование подтвердило наличие качественных различий в социально-эмоциональной сфере у подростков с АЗ. В соответствии с первой гипотезой, у подростков с АЗ выявлено снижение способностей к интерпретации и прогнозированию социального поведения, что согласуется с представлениями о дефиците социального познания как факторе риска аддиктивного поведения [19].

Наиболее интересные данные получены при анализе показателей ЭИ. Подростки с АЗ продемонстрировали более низкие показатели понимания эмоций, но более высокие — по шкале управления эмоциями. Снижение понимания эмоций отражает дефицит вербализации и категоризации эмоциональных состояний, затрудняющий рефлекссию переживаний. Парадоксально более высокие показатели управления эмоциями могут быть связаны с опытом употребления ПАВ: алкоголь, выступая средством модуляции аффекта, формирует специфическое, хотя и дизадаптивное, понимание инструментальных аспектов регуляции. Важно подчеркнуть, что высокие баллы по этой шкале не означают реальную эффективность стратегий, а лишь указывают на лучшее распознавание паттернов регуляции в гипотетических ситуациях.

Разнонаправленность показателей свидетельствует о диссоциации между декларативным и процедурным компонентами ЭИ. В норме эти компоненты согласованы; их рассогласование у подростков с АЗ отражает искаженную траекторию развития, где практические навыки формируются в обход полноценного осознания эмоций [13].

Подтверждение второй гипотезы представляет особый интерес. В контрольной группе выявлена разветвленная сеть положительных корреляций между показателями СИ, ЭИ и социальных навыков, что свидетельствует о целостности социально-эмоциональной сферы в норме [14]. В группе подростков с АЗ картина иная: отсутствие значимых связей между СИ и ЭИ указывает на дезинтеграцию этих систем, а отрицательные корреляции общего уровня ЭИ с оценкой социальных навыков сверстников отражают искаженное восприятие социума, что может усугублять социальную изоляцию и затруднять получение позитивной обратной связи.

Выводы

1. У подростков с АЗ (F10.1) выявлены статистически значимые особенности СИ: снижение способности к интерпретации поведения других и прогнозированию развития социальных ситуаций по сравнению со здоровыми сверстниками.

2. ЭИ подростков с АЗ характеризуется разнонаправленными изменениями: при более низких показателях понимания эмоций (вербализация, категоризация) обнаруживаются более высокие показатели управления эмоциями, что может отражать диссоциацию между декларативным и процедурным компонентами эмоциональной сферы.

3. Структура взаимосвязей между показателями СИ и ЭИ в группе с АЗ качественно иная: отсутствуют корреляции между этими конструктами, а также выявлены отрицательные связи общего уровня ЭИ с оценкой социальных навыков сверстников, что свидетельствует о дезинтеграции социально-эмоциональной сферы.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что алкогольная зависимость в подростковом возрасте сопряжена не только с количественными отклонениями в уровне СИ и ЭИ, но и с глубокими структурными изменениями их взаимосвязей. Разобщенность когнитивных и аффективных компонентов и искаженное восприятие социального окружения могут выступать как факторами риска аддикции, так и ее следствием, закрепляя дизадаптивные паттерны. Выявленные особенности необходимо учитывать при разработке профилактических и коррекционных

программ, делая акцент на восстановлении целостной системы социально-эмоциональной регуляции, а не только на развитии отдельных навыков.

Ограничением исследования является малый объем выборки, что требует осторожности при генерализации полученных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулов В.А., Голева Г.Ю. Исследование эмоциональной устойчивости старшеклассников // Вопросы студенческой науки. 2021. № 10 (62). С. 54–59.
2. Гольдштейн А.П. Модель социального поведения // Практическая психология и социальная работа. 2003. № 4. С. 61–68.
3. Гулман Д. Эмоциональный интеллект / пер. с англ. М.: АСТ, 1999. 560 с.
4. Драгунова Т.В. Проблема конфликта в подростковом возрасте // Психология подростка : хрестоматия / ред.-сост. Ю.И. Фролов. М.: Российское педагогическое агентство, 1997. С. 390–395.
5. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2001. 752 с. ISBN 5-318-00236-6.
6. Кондратенко В.А. Потребление алкоголя российской молодежью: как предпочтения родителей определяют поведение детей // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2025. № 2. С. 3–21. doi: 10.14515/monitoring.2025.2.2772.
7. Куницына В.Н. Социальная компетентность и социальный интеллект: структура, функции, взаимоотношение // Теоретические и прикладные вопросы психологии. Вып. 141 / Под ред. А.А. Крылова. СПб., 1995. С. 48–61.
8. Люсин Д.В. Современные представления об эмоциональном интеллекте // Социальный интеллект. Теория, измерение, исследования / под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 29–36.
9. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения : учебное пособие. СПб.: Речь, 2005. 445 с.
10. Михайлова Е.С. Тест Дж. Гилфорда и М. Салливена: диагностика социального интеллекта : методическое руководство. СПб.: ИМАТОН, 2001. 56 с.
11. Посохова С.Т., Изотова М.Х. Эмоциональная регуляция межличностного взаимодействия подростков // Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4. Спецвыпуск. С. 436–437.
12. Самохвалова Е.В. Способности к интерпретации невербального поведения и выразительности голоса как компоненты эмоционального интеллекта подростков. Часть 1 // Обзор педагогических исследований. 2024. Т. 6. № 8. С. 70–79. – doi: 10.58224/2687-0428-2024-6-8-70-79.
13. Сергиенко Е.А., Хлевная Е.А., Киселева Т.С., Никитина А.А., Осипенко Е.И. Разработка и психометрическая проверка теста оценки эмоционального интеллекта для подростков (ТЭИ-П) // Экспериментальная психология. 2024. Т. 17. № 1. С. 198–213. – doi: 10.17759/exppsy.2024170113.
14. Ушаков Д.В. Социальный интеллект как вид интеллекта // Социальный интеллект: теория, измерение, исследование. М.: Институт психологии РАН, 2007. С. 18–22.
15. Фельдштейн Д.И. Психология развития личности в онтогенезе. М.: Пе-

дагогика, 1989. 416 с.

16. Эльконин Д.Б. Детская психология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2004. 384 с.

17. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Флинта, 2006. 342 с.

REFERENCES

1. Akulov V.A., Goleva G.Yu. Issledovanie e`moczional`noj ustojchivosti starsheklassnikov // Voprosy` studencheskoj nauki. 2021. # 10 (62). S. 54–59.

2. Gol`dshtejn A.P. Model` soczial`nogo povedeniya // Prakticheskaya psikhologiya i soczial`naya rabota. 2003. # 4. S. 61–68.

3. Goulman D. E`moczional`ny`j intellekt / per. s angl. M.: AST, 1999. 560 s.

4. Dragunova T.V. Problema konflikta v podrozkovom vozraste // Psikhologiya podroztka : khrestomatiya / red.-sost. Yu.I. Frolov. M.: Rossijskoe pedagogicheskoe agentstvo, 1997. S. 390–395.

5. Il`in E.P. E`moczii i chuvstva. SPb.: Piter, 2001. 752 s. ISBN 5-318-00236-6.

6. Kondratenko V.A. Potreblenie alkogolya rossijskoj molodezh`yu: kak predpochteniya roditelej opredelyayut povedenie detej // Monitoring obshhestvennogo mneniya: e`konomicheskie i soczial`ny`e peremeny`. 2025. # 2. S. 3–21. doi: 10.14515/monitoring.2025.2.2772.

7. Kuniczy`na V.N. Soczial`naya kompetentnost` i soczial`ny`j intellekt: struktura, funkczii, vzaimootnoshenie // Teoreticheskie i prikladny`e voprosy` psikhologii. Vy`p. 141 / Pod red. A.A. Kry`lova. SPb., 1995. S. 48–61.

8. Lyusin D.V. Sovremenny`e predstavleniya ob e`moczional`nom intellekte // Soczial`ny`j intellekt. Teoriya, izmerenie, issledovaniya / pod red. D.V. Lyusina, D.V. Ushakova. M.: Institut psikhologii RAN, 2004. S. 29–36.

9. Mendelevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya : uchebnoe posobie. SPb.: Rech`, 2005. 445 s.

10. Mikhajlova E.S. Test Dzh. Gilforda i M. Sallivena: diagnostika soczial`nogo intellekta : metodicheskoe rukovodstvo. SPb.: IMATON, 2001. 56 s.

11. Posokhova S.T., Izotova M.Kh. E`moczional`naya regulyaczia mezhlichnostnogo vzaimodejstviya podrozkov // Mediczina: teoriya i praktika. 2019. T. 4. Speczvy`pusk. S. 436–437.

12. Samokhvalova E.V. Sposobnosti k interpretaczii neverbal`nogo povedeniya i vy`razitel`nosti golosa kak komponenty` e`moczional`nogo intellekta podrozkov. Chast` 1 // Obzr pedagogicheskikh issledovanij. 2024. T. 6. # 8. S. 70–79. – doi: 10.58224/2687-0428-2024-6-8-70-79.

13. Sergienko E.A., Khlevnaya E.A., Kiseleva T.S., Nikitina A.A., Osipenko E.I. Razrabotka i psikhometricheskaya proverka testa ocenki e`moczional`nogo intellekta dlya podrozkov (TE`I-P) // E`ksperimental`naya psikhologiya. 2024. T. 17. # 1. S. 198–213. – doi: 10.17759/expsy.2024170113.

14. Ushakov D.V. Soczial`ny`j intellekt kak vid intellekta // Soczial`ny`j intellekt: teoriya, izmerenie, issledovanie. M.: Institut psikhologii RAN, 2007. S. 18–22.

15. Fel`dshtejn D.I. Psikhologiya razvitiya lichnosti v ontogeneze. M.: Pedagogika, 1989. 416 s.

16. E`l`konin D.B. Detskaya psikhologiya : ucheb. posobie dlya stud. vy`ssh.

ucheb. zavedenij. M.: Akademiya, 2004. 384 s.

17. E'rikson E'. Identichnost': yunost' i krizis. M.: Flinta, 2006. 342 s.

18. Caissy G.A. Early adolescence: Understanding the 10- to 15-year-old. – New York : Teachers College Press, 1994. 225 p.

19. González-Yubero S., Palomera Martín R., Lázaro-Visa S. Trait and ability emotional intelligence as predictors of alcohol consumption in adolescents // *Psicothema*. 2019. Vol. 31. № 3. P. 292–297. doi: 10.7334/psicothema2018.315.

20. Mayer J.D., Salovey P. What is emotional intelligence? // *Emotional development and emotional intelligence: educational implications* / ed. by P. Salovey, D. J. Sluyter. New York: Perseus Books, 1997. P. 3–31.

21. O'Sullivan M., Guilford J.P., DeMille R. The measurement of social intelligence. Los Angeles: University of Southern California, 1965. (Reports from the Psychological Laboratory; № 34).

22. Peterson K., Malouff J., Thorsteinsson E.B. A meta-analytic investigation of emotional intelligence and alcohol involvement // *Substance Use & Misuse*. 2011. Vol. 46. № 14. P. 1726–1733. doi: 10.3109/10826084.2011.618962.

23. Prevalence of current drinking among 15–19 year old adolescents [Электронный ресурс] // World Health Organization. URL: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/prevalence-of-current-drinking-among-15-19-year-old-adolescents>.

24. Steinberg L. Age of opportunity: Lessons from the New Science of Adolescence. New York : Houghton Mifflin Harcourt, 2014. 264 p.

25. Thorndike E. L. Intelligence and its uses // *Harper's Magazine*. 1920. № 140. P. 227–235.

26. Young K.S., Sandman C.F., Craske M.G. Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression // *Brain Sciences*. 2019. Vol. 9. № 4. P. 76.

I.N. Vlasenkova, A.S. Golosova

FEATURES OF SOCIAL AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN ADOLESCENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The article presents the results of a clinical and psychological study of the characteristics of social and emotional intelligence in adolescents with alcohol dependence. The study involved 50 adolescents aged 14–18 years, including 20 diagnosed with F10.1 (according to ICD-10) and 30 without signs of addictive behavior. The following methods were used: J. Guilford's Social Intelligence Test, the Emotional Intelligence Test for Adolescents (EIT-A), Goldstein's Social Skills Questionnaire, and D. V. Mendelevich's Alcohol Dependence Scale. Adolescents with alcohol dependence demonstrated lower indicators of social intelligence, multidirectional changes in the components of emotional intelligence, and weaker consistency in the relationships between these components.

Keywords: adolescents, alcohol dependence, emotional intelligence, social intelligence, social skills.

Л.И. Теплова, А.А. Шкарупа

**ИГРОВЫЕ ЖАНРЫ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР В СТРУКТУРЕ
ВЗАИМОСВЯЗИ АГРЕССИВНОСТИ И ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ
У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ**

ФГБОУВО «Петрозаводский государственный университет» (Петрозаводск).

Резюме. В статье излагаются результаты эмпирического исследования, посвященного изучению взаимосвязи между уровнем агрессивности и степенью выраженности игровой зависимости у старших подростков. Особое внимание уделяется анализу связи высоких показателей агрессивности и игровой зависимости с предпочтениями определенных жанров компьютерных игр. Установлено: а) существует связь между игровой зависимостью (вовлеченностью) и агрессивностью; б) старшие подростки с высоким уровнем агрессивности и высокой степенью игровой зависимости предпочитают игры, относящиеся к жанру MOBA и MMOFPS. Эмпирическую базу исследования составили 79 респондентов (41 девушка и 38 юношей) — учащихся гимназии г. Петрозаводск, а также посетителей компьютерного клуба.

Ключевые слова: агрессивность, игровая зависимость, старшие подростки, жанры компьютерных игр,

Введение. Современное общество характеризуется стремительным развитием индустрии компьютерных игр, что делает актуальным вопрос об их влиянии на психику подрастающего поколения. В средствах массовой информации все чаще причиной агрессивного поведения подростков называют увлечение видеоиграми, особенно жанрами, содержащими сцены насилия; к ним относят шутеры, экшены, файтинги и т. п. Научные исследования также указывают на то, что молодые люди находятся в группе риска [6, 14, 15]. В отечественной психологии и педагогике обсуждается проблема влияния компьютерных игр на психическое развитие подростков [1, 5, 7? 8, 9, 15 и др.] Несмотря на это, недостаточно информации о связи жанра и личностных свойств подростков.

Предметом изучения в настоящем исследовании стала агрессивность старших подростков с высоким уровнем игровой зависимости, и типичные для данной группы жанровые предпочтения в области компьютерных игр.

Агрессивность в данном исследовании рассматривается как устойчивое свойство личности, проявляющейся в готовности проявлять агрессию. Агрессивность выражается в негативном отношении к социальному окружению и склонности к деструктивным поведенческим паттернам [2]. Обострение агрессивных реакций в отрочестве связывается, согласно существующим подходам, с возрастным кризисом идентичности, происходящими психофизиологическими перестройками и усилением мотивации к личностной самореализации.

Игровую зависимость мы рассматриваем как вид интернет-зависимости, который выражается в чрезмерном и навязчивом использовании видеоигр, приводящем к постепенной утрате субъектности. [4, 5].

Иванов М.С. выделяет стадии развития зависимости: от легкой увлеченности до стойкой привязанности [10]. В нашем исследовании при оценке степени вовлеченности в компьютерные игры старших подростков мы используем данную классификацию. Важным фактором является жанровая принадлежность игры: ролевые игры и игры с элементами насилия (шутеры, файтинги) представляют наибольший риск [14, 15].

Методы и выборка исследования. Сбор данных проводился в смешанной форме, которая включала в себя очный формат проведения методик среди учащихся гимназии и дистанционный формат опроса посетителей компьютерного клуба с использованием Google-формы анонимно с марта по апрель 2025 г. Всего в исследовании приняли участие 41 девушка, 38 юношей в возрасте 15–17 лет.

Для установления агрессивности использовался «Опросник уровня агрессивности Басса-Перри» (адаптация М.М. Лобасковой [13]), степень игровой зависимости (вовлеченности) изучалась с помощью двух методик: «Теста-опросника степени увлеченности компьютерными играми» А.В. Гришиной [9] и анкеты, которая была составлена на основе статьи Л.И. Колесниковой «Интерпретация зарубежного опыта профилактики видеоигровой интернет-зависимости среди российских подростков» [12]. Анкета была использована в дополнение к тесту-опроснику А.В. Гришиной, поскольку тест адресован младшим подросткам, а в нашем исследовании участвовали старшие подростки. Цель данной анкеты – определить степень вовлеченности в игру, большая часть вопросов данной анкеты направлена на выявление времени, которое старшие подростки тратят на компьютерные игры в день, частоту игры, а также на то, являются ли игры приоритетом, сдвигая на второй план витальные потребности и другие увлечения, если такие имеются.

Выявление связи между агрессивностью и степенью вовлеченности компьютерными играми, между агрессивностью и предпочитаемыми жанрами игр производилось методом ранговой корреляции Пирсона с помощью программы IBM Statistics 27.0.0 (SPSS).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты изучения уровня и видов агрессивности показали, что у 29% (23 человека) зафиксирован высокий уровень агрессивности, 66% (52 человека) имеют средний уровень, и 5% - низкий уровень. В целом в исследуемой группе подростков преобладает вербальная агрессия (37%), оценки по шкалам «Физическая агрессия» и «Враждебность» одинаковы (27%), по шкале «Гнев» - 9%.

Проанализируем, каковы виды агрессии у подростков с высоким и средним уровнями агрессивности (низкий уровень детально не рассматриваем из-за малочисленности).

Подростки с высоким уровнем агрессии получили высокие оценки по шкалам инструментального и аффективного компонентов агрессии (30% и 14% соответственно), в то же время подростки со средним уровнем имеют высокие оценки по шкалам «Вербальная агрессия» - 38 % и «Враждебность» (когнитивный компонент агрессивности) - 29%. Различия в распределении видов агрессии между высоким и средним уровнем агрессивности статистически не значимо, но на границе различия (табл. 1)

Таблица 1.

Виды агрессии по группам (%)				
Уровни агрессивности	Виды агрессии			
	Вербальная	Физическая	Враждебность	Гнев
Высокий	31	30	25	14
Средний	38	25	29	8

По результатам применения «Теста-опросника степени увлеченности компьютерными играми» было установлено, что 18 респондентов (23% от общего объема выборки) демонстрируют высокий уровень игровой зависимости 34 подростка (43%) - средний уровень, а 27 человек (34 %) - естественный (низкий) уровень. Полученные данные согласуются с результатами, зафиксированными с помощью анкетирования (табл. 2).

Таблица 2.

Степень увлеченности компьютерными играми старших подростков (n=79)

УРОВНИ		
Высокий уровень	Средний уровень	Естественный уровень
23%	43%	34%

Таким образом, примерно четверть исследуемой группы отмечает, что все свободное время посвящает игре, забывая сделать важные дела или откладывая их, предпочитая поиграть; их мысли часто заняты результатами, достигнутыми в игре. Подростки, достигшие среднего уровня игровой зависимости (43%) отмечают, что имеют контроль над затраченным временем на игру и частотой ее сеансов, игра занимает не одно из первых, но важное место в их жизни.

Следующим этапом нашего исследования стало изучение связи между уровнями агрессивности и уровнями игровой зависимости у старших подростков. Рассмотрим связь высокого уровня агрессивности с уровнями игровой зависимости (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение респондентов по уровням агрессивности и игровой зависимости (n=79)

Высокий уровень агрессивности (23 чел.)		
Высокий уровень игровой зависимости 10 чел. (43%)	Средний уровень игровой зависимости 8 чел. (35%)	Низкий уровень игровой зависимости 5 чел. (22%)
Средний уровень агрессивности (52 чел.)		
Высокий уровень игровой зависимости 7 чел. (13%)	Средний уровень игровой зависимости 25 чел. (48%)	Низкий уровень игровой зависимости 20 чел. (39%)
Низкий уровень агрессивности (4 чел.)		
Высокий уровень игровой зависимости 1 чел.	Средний уровень игровой зависимости 1 чел.	Низкий уровень игровой зависимости 2 чел.

Высокий уровень агрессивности был выявлен у 23 респондентов, наибольшую выраженность игровой зависимости имеют 10 человек (43%), средний уровень выявлен у 8 человек и низкий – у 5 человек. Таким образом, в группе подростков с высокой агрессивностью только 22% имеют низкий уровень игровой зависимости.

Для анализа распределения данных мы использовали метод критерий χ^2 -квадрат (χ^2). На уровне значимости $\alpha=0,05$ различия между группами не являются статистически значимыми ($\chi^2=8,90$, $p>0,05$), так как $8,90<9,49$. Однако на уровне $\alpha=0,10$ можно говорить о тенденции к взаимосвязи между уровнем агрессивности и игровой зависимостью ($\chi^2=8,90$, $p<0,10$).

Далее полученные индивидуальные данные по всей группе испытуемых мы подвергли корреляционному анализу с применением непараметрического метода г-Пирсона. Полученные данные свидетельствуют о существующей умеренной положительной связи между уровнем агрессивности и уровнем игровой зависимости (табл. 4)

Таблица 4.

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня агрессивности и уровня игровой зависимости старших подростков ($n=79$)

Показатель	Уровень агрессивности	Уровень игровой зависимости
Уровень агрессивности		0,361**
Уровень игровой зависимости	0,361**	

**Корреляция значима на уровне $p\leq 0,01$*

Корреляционный анализ, направленный на выявление взаимосвязей между уровнем агрессивности и степенью игровой зависимости у подростков, показал, что значимый положительный коэффициент корреляции ($r=0,388$ при $p\leq 0,05$) позволяет утверждать наличие взаимосвязи между мужским полом, агрессивностью и игровой зависимостью (табл. 5). В женской выборке значимая положительная корреляция также прослеживается, но ее сила несколько ниже: $r=0,323$ при p на уровне значимости 0,05. (табл. 6). Это согласуется с данными о том, что юноши чаще проявляют физическую агрессию и больше вовлечены в соревновательные игровые жанры [6, 14].

Таблица 5.

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня агрессивности и уровня игровой зависимости у юношей ($n=38$)

Показатель	Уровень агрессивности юношей	Уровень игровой зависимости юношей
Уровень агрессивности юношей		0,388*
Уровень игровой зависимости юношей	0,388*	

**Корреляция значима на уровне $p\leq 0,05$*

Таблица 6.

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня агрессивности и уровня игровой зависимости у девушек (n=41)

Показатель	Уровень агрессивности девушек	Уровень игровой зависимости девушек
Уровень агрессивности девушек		0,323*
Уровень игровой зависимости девушек	0,323*	

*Корреляция значима на уровне $p \leq 0,05$

Полученные данные позволяют заключить, что у лиц обоего пола наблюдается тенденция к усилению агрессивных проявлений по мере роста вовлеченности в игровую деятельность, причем у юношей данная связь выражена в большей степени.

В анкете «Игровая вовлеченность старших подростков» испытуемым был задан вопрос о том, какая компьютерная игра является их любимой. Это было сделано с целью получения информации о жанрах компьютерных игр, которые предпочитают подростки. Для определения жанра игры использовалась классификация А.Ю. Кирилзеева, который объединил компьютерные игры в три больших группы [11]: это *игры информации*, главная цель которых получить как можно больше различной информации посредством изучения внутриигрового мира, иногда имея возможность планировать и следовать изменяющейся динамике игры; *игры действия*, где наиболее важным является перемещение в пространстве и совершение каких-либо действий за счет управления любым объектом; *игры контроля*, в которых ключевой частью игрового процесса является планирование, управление ресурсами, в частности различными существами.

Не все респонденты назвали предпочитаемый жанр игры: 21 человек воздержался от ответа (из них 20 девушки), это подростки, которые играют преимущественно на смартфоне. Среди остальных участников опроса распределение выглядит следующим образом: 48% отдают предпочтение играм действия (action), 40% – играм контроля (control) и лишь 12% – играм информации (information). В категории «игры действия» наиболее часто упоминаются ММОFPS (от англ. massively multiplayer online first-person shooter), базирующиеся на более простом жанре shooter (шутер, стрельба), а также игры в жанре Open Action, относящиеся к боевикам. В категории игр контроля наиболее популярна игра МОБА (от англ. Multiplayer Online Battle Arena»), сочетающая в себе стратегию и ролевую игру. Из группы игр информации чаще называют Action RPG. Гендерные предпочтения жанров не выявлены.

Существует ли связь между агрессивностью и предпочитаемым жанром компьютерной игры? Анализ полученных результатов показал, что из 18 подростков с высоким уровнем агрессивности, раскрывших свои предпочтения, большинство (67%) играет в игры действия, 27% в игры контроля и совсем редко в игры информации (5%). Респондентам со средним уровнем агрессивности

сти (36 человек) в равной степени нравятся игры контроля и игры действия (41,5%), а игры информации предпочли 17% (рис. 1).

Проверка на различия распределения признака показала, что статистически значимых различий нет, а для более точного вывода необходима бóльшая выборка. Тем не менее, мы видим тенденцию: подростки с высоким уровнем агрессивности предпочитают компьютерные игры действия в стиле боевиков, шутеров. Мы можем полагать, что предпочтение игр жанра MMOFPS, Open Action могут рассматриваться как предикторы агрессивности.

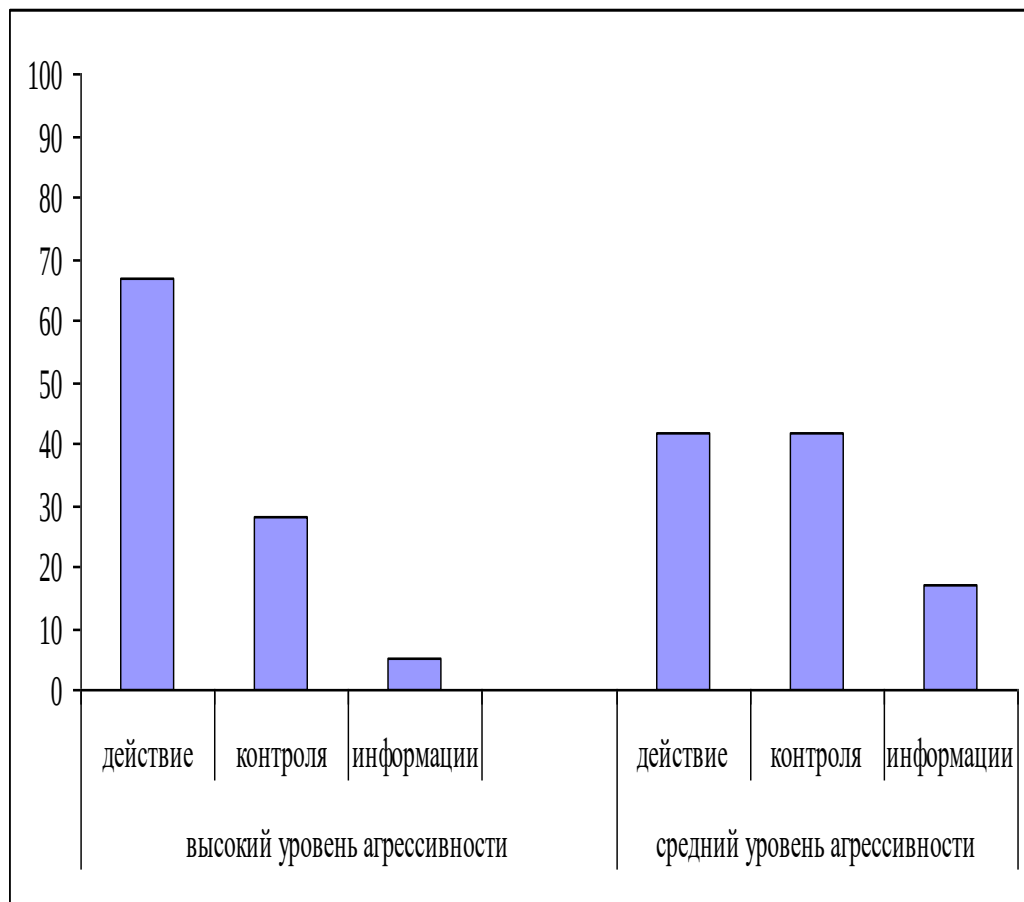


Рисунок 1. Распределение жанров компьютерных игр у подростков в группах с высоким и средним уровнем агрессивности (%)

Изучение связи между жанрами компьютерных игр и зависимостью также показало статистически незначимые различия. Однако, в случае сравнения «высокозависимых» со «среднезависимыми» от игры и их жанровых предпочтений мы установили, что подростки с высокой степенью зависимости предпочитают игры контроля (рис. 2), тогда как подростки со средней степенью игровой зависимости чаще играют в игры действия.

Низкий уровень зависимости от игр определен у 27 подростков (34%), среди них 24 девушки и 3 юноши. В этой группе в основном играют на смартфоне (за исключением 6 человек), его используют для игры девушки (79%). Рассматривать паритетно компьютерные игры и игры на смартфонах некорректно (различия в интерфейсе, техническом оснащении, сложности графики и т. п.), в связи с чем мы не анализировали жанровые предпочтения у этой группы. Тем не менее, трудно проигнорировать обнаружившуюся закономерность: старшие подростки с низким уровнем зависимости от цифровых игр – это в подавляющем большинстве девушки и они играют на смартфоне. Выявленная закономерность может служить косвенным признаком отсутствия игровой зависимости.

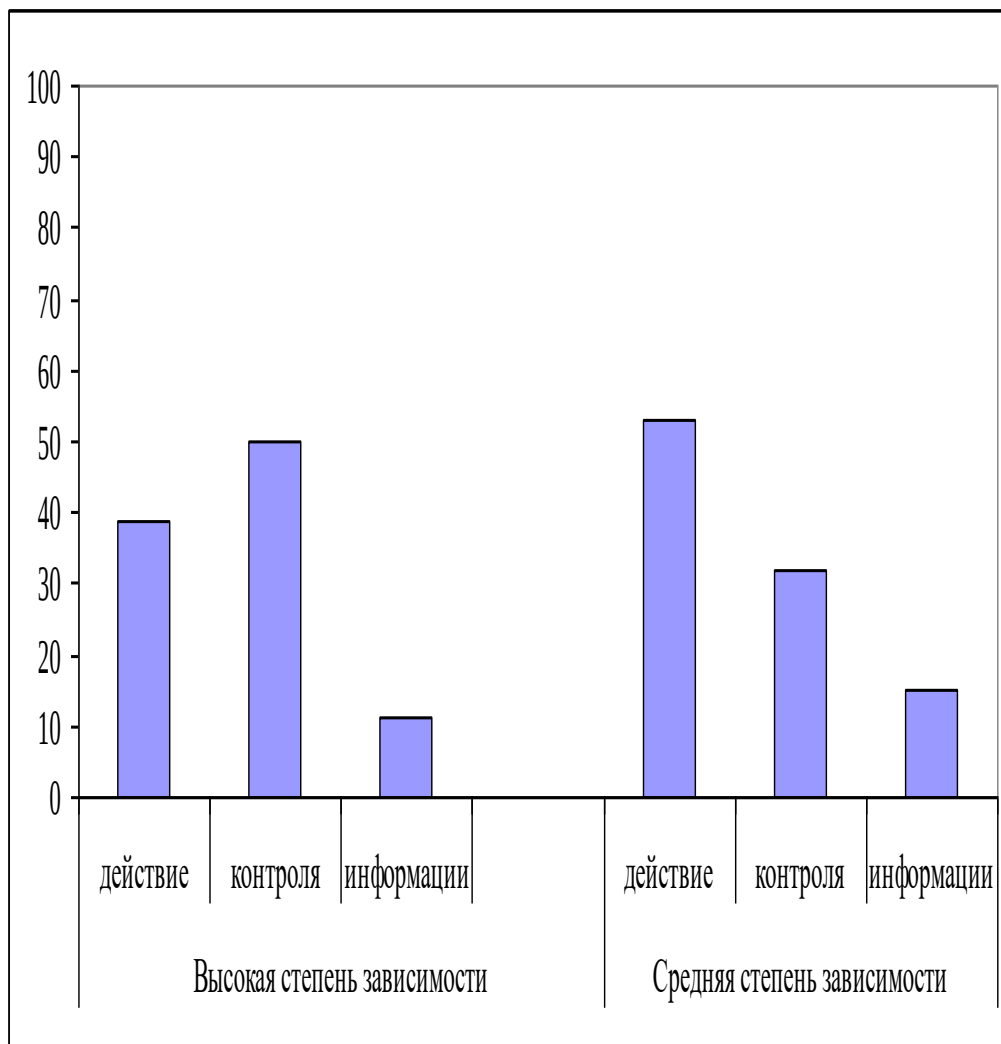


Рисунок 2. Распределение жанров компьютерных игр у подростков в группах с высокой и средней степенью зависимости от компьютерных игр (%)

Выводы.

1. Существует достоверная положительная взаимосвязь между уровнем агрессивности и уровнем игровой зависимости у старших подростков ($r=0,361$; $p \leq 0,05$). Корреляционная связь сильнее у юношей, что говорит о более тесном переплетении игрового и агрессивного поведения в мужской части выборки.

2. Статистически значимых различий в распределении видов агрессии между высоким и средним уровнем агрессивности не выявлено, однако физическая агрессия (инструментальный компонент) и гнев (аффективный компонент) несколько выше в группе с высоким уровнем агрессивности.

3. Наиболее популярными жанрами у старших подростков с разной степенью зависимости являются игры MMOFPS, MOBA и Open Action.

4. Старшие подростки с высоким уровнем агрессивности и высокой степенью игровой зависимости чаще играют в игры MMOFPS и Open Action, относящиеся к жанрам, содержащим в себе элементы жанров shooter (стрельба), action (боевик), fighting (поединок).

5. Для старших подростков с низкой игровой зависимостью и средним уровнем агрессии характерен выбор мобильных игр; большинство в этой группе - девушки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барлас Т.В., Головина А.П. Влияние видеоигр на индивидуально-психологические особенности // Вестник Московского государственного лингвистического университета. 2011. № 622. С. 99–110.

2. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. 512 с.

3. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб: Питер, 2014. 416 с.

4. Войскунский А.Е. Актуальные проблемы психологии зависимости от Интернета // Психологический журнал. 2004. Т. 25, № 1. С. 90–100.

5. Волкова Е.Н., Гришина А.В. Исследование структуры субъектности в младшем подростковом возрасте с разным уровнем игровой компьютерной зависимости. // Психологическая наука и образование. 2015. Т. 20, № 1. С. 69–78. <https://doi.org/10.17759/pse.2015200108>

6. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). «Стоп игра?! Проблемы российского онлайн-гейминга: электронный аналитический обзор // ВЦИОМ : [сайт] URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/stop-igra-problemy-rossiiskogo-onlain-geiminga> (дата обращения: 20.07.2026).

7. Голубева Г.Ф., Фещенко Е.М., Ерещенко Ю.В., Зюзя А.А. Взаимосвязь игровой компьютерной зависимости и агрессивности подростков // Ученые записки Университета Лесгафта. 2023, № 6 (220). С.505–510.

8. Гребенникова Н.В. Характерологические особенности старших подростков, склонных к компьютерно-игровой зависимости // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2017, № 3. С. 56–67.

9. Гришина А.В. Тест-опросник степени увлеченности младших подростков компьютерными играми // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 4. С. 131–141.

10. Иванов М.С. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера // Психология зависимости: хрестоматия / сост. К.В. Сельченко. Минск: Харвест, 2007. С. 152–175.

11. Кирилзеев А.Ю. Жанры компьютерных игр [Электронный ресурс] GamesIsArt.ru : айт. URL: gamesisart.ru

12. Колесникова Л.И. Интерпретация зарубежного опыта профилактики видеоигровой интернет-зависимости среди российских подростков // Вестник Владимирского государственного университета им. А.Г. и Н.Г. Столетовых. Серия: Педагогические и психологические науки. 2019. № 38 (57). С. 121-130. URL: <https://cyberpsy.ru/articles/interpretaciya-zarubezhnogo-opyta-profilaktiki-videoigrovoj-internet-zavisimosti/> (дата обращения: 20.05.2025).

13. Лобаскова М.М. и др. Психометрический анализ опросника агрессивности Басса–Перри // Теоретическая и экспериментальная психология. 2021. № 4. С. 28–38.

14. Романова Е.С., Шубин С.Б. Психологическое влияние компьютерных и консольных видеоигр на молодежь // Системная психология и социология. 2017. № 1 (21). С. 57-69.

15. Шаров К.С. Онлайн-видеоигры как фактор социальной девиации // Ценности и смыслы. 2015. № 3. С. 52–65.

REFERENCES

1. Barlas T.V., Golovina A.P. Vliyanie videoigr na individual`no-psikhologicheskie osobennosti // Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo lingvisticheskogo universiteta. 2011. # 622. S. 99–110.

2. Berkovicz L. Agressiya: prichiny`, posledstviya i kontrol`. SPb.: Prajmvroznak, 2001. 512 s.

3. Be`ron R., Richardson D. Agressiya. SPb: Piter, 2014. 416 s.

4. Vojskunsij A.E. Aktual`ny`e problemy` psikhologii zavisimosti ot Interneta // Psikhologicheskij zhurnal. 2004. T. 25, # 1. S. 90 100.

5. Volkova E.N., Grishina A.V. Issledovanie struktury` sub`ektnosti v mladshem podrozkovom vozraste s razny`m urovnem igrovoj komp`yuternoj zavisimosti. // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2015. T. 20, # 1. S. 69–78. <https://doi.org/10.17759/pse.2015200108>

6. Vserossijskij czent izucheniya obshhestvennogo mneniya (VCzIOM). «Stop igra?! Problemy` rossijskogo onlajn-gejminga: e`lektronny`j analiticheskij obzor // VCzIOM : [sajt] URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/stop-igra-problemy-rossiiskogo-onlajn-geiminga> (da-ta obrashheniya: 20.07.2026).

7. Golubeva G.F., Feshhenko E.M., Ereshhenko Yu.V., Zyuzya A.A. Vzaimosvyaz` igrovoj komp`yuternoj zavisimosti i agressivnosti podrozkov // Ucheny`e zapiski universiteta Lesgafta. 2023, # 6 (220). S.505–510.

8. Grebennikova N.V. Kharakterologicheskie osobennosti starshikh podrozkov, sklonny`kh k komp`yuterno-igrovoj zavisimosti // Nauchny`e trudy` Moskovskogo gumanitarnogo universiteta. 2017, # 3. S. 56–67.

9. Grishina A.V. Test-oprosnik stepeni uvlechennosti mladshikh podrozkov komp`yuterny`mi igrami // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14.

Psikhologiya. 2014, # 4. S. 131–141.

10. Ivanov M.S. Vliyanie rolevy`kh komp`yuterny`kh igr na formirovanie psikhologicheskoy zavisimosti cheloveka ot komp`yutera // Psikhologiya zavi-simosti: khrestomatiya / sost. K.V. Sel`chenok. Minsk: Kharvest, 2007. S. 152–175.

11. Kirizleev A.Yu. Zhanry` komp`yuterny`kh igr [E`lektronny`j resurs] GamesIsArt.ru : ajt. URL: gamesisart.ru

12. Kolesnikova L.I. Interpretatsiya zarubezhnogo opy`ta profilaktiki videoigrovoj internet-zavisimosti sredi rossijskikh podrostkov // Vestnik Vladimirskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.G. i N.G. Stoletovy`kh. Seriya: Pedagogicheskie i psikhologicheskie nauki. 2019. # 38 (57). S. 121–130. URL: <https://cyberpsy.ru/articles/interpretatsiya-zarubezhnogo-opyta-profilaktiki-videoigrovoj-internet-zavisimosti/> (data obrashheniya: 20.05.2025).

13. Lobaskova M.M. i dr. Psikhometricheskij analiz oprosnika agressivnosti Bassa–Perri // Teoreticheskaya i e`ksperimental`naya psikhologiya. 2021. # 4. S. 28–38.

14. Romanova E.S., Shubin S.B. Psikhologicheskoe vliyanie komp`yuterny`kh i konsol`ny`kh videoigr na molodezh` // Sistemnaya psikhologiya i sociologiya. 2017. #1 (21). S. 57–69.

15. Sharov K.S. Onlajn-videoigry` kak faktor soczial`noj deviaczii // Czennosti i smy`sly`. 2015. # 3. S. 52–65.

L.I. Teplova, A.A. Shkarupa

**GAME GENRES OF COMPUTER GAMES IN THE STRUCTURE
OF THE RELATIONSHIP BETWEEN AGGRESSIVENESS
AND GAMING ADDICTION IN OLDER ADOLESCENTS**

Petrozavodsk State University (Petrozavodsk).

Summary. This article presents the results of an empirical study examining the relationship between the level of aggression and the severity of gaming addiction in older adolescents. Particular attention is given to analyzing the association between high levels of aggression and gaming addiction and preferences for certain computer game genres. It was established that: a) there is a link between gaming addiction (involvement) and aggression; b) older adolescents with high levels of aggression and a high degree of gaming addiction prefer MOBA and MMOFPS games. The empirical base of the study consisted of 79 respondents (41 girls and 38 boys) - students at a Petrozavodsk gymnasium, as well as visitors to the computer club.

Keywords: aggression, gaming addiction, older adolescents, computer game genres.

УДК 159.922.761

Ю.Е. Куртанова, А.А. Еремина**ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ
ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ****Московский государственный психолого-педагогический университет
(Москва).**

Резюме. В настоящее время количество детей с хронической почечной недостаточностью, нуждающихся в пересадке почки, непрерывно растет, а вместе с тем растет и потребность в психологическом сопровождении этих детей. Целью исследования стало изучение динамики эмоционального состояния подростков до и после трансплантации почки. В исследовании участвовали 15 подростков 12-15 лет с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии. В результате исследования сделан вывод о том, что особенности эмоциональной сферы проявляются в повышении уровня тревожности и снижении выраженности чувства одиночества у подростков после пересадки почки по сравнению с периодом до трансплантации.

Ключевые слова: эмоциональное состояние, подростки, динамика, хроническая почечная недостаточность, трансплантация почки.

Введение. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – это заболевание, которое накладывает ограничения на многие сферы жизни пациентов, в связи с чем их эмоциональный фон, как правило, изменяется. Можно отметить определенные факторы, которые влияют на эмоциональный фон подростков с ХПН. Одним из таких факторов является ожидание подходящей почки. Ситуация ожидания почки сопряжена с состоянием неопределенности, эмоционального напряжения, что может повысить уровень тревожности, агрессии у пациентов, особенно в подростковом возрасте.

Многие авторы [4, 10, 14, 15] считают подростковый возраст наиболее стрессогенным и конфликтным периодом в жизни каждого человека. Соответственно, подросток с хроническим соматическим заболеванием сталкивается с еще большими трудностями, чем здоровый подросток, что в свою очередь, сказывается на его психическом развитии. А неизменной составляющей психической жизни человека является эмоциональная сфера, понимаемая как совокупность внутренних психических состояний, которые проявляются в субъективных отношениях, экспрессивно-коммуникативном поведении и переживаниях.

Подростки также сталкиваются со страхом, что пересаженная почка не будет функционировать вследствие разных причин, например, развития инфекционных осложнений или гуморального отторжения почки [9]. У пациентов отмечается тревога, что если почка не будет работать, то придется делать повторную операцию и оставаться в клинике [11].

Неотъемлемой частью лечения и жизни пациентов с ХПН до транспланта-

ции почки является обязательная процедура диализа. Во время диализа пациенты испытывают как физический, так и эмоциональный дискомфорт. У пациентов, находящихся на диализе, зачастую наблюдаются гипотимия, астенодепрессивный синдром, они апатичны и сфокусированы на болезни [5]. Н.Н. Петрова отмечает, что у многих пациентов, находящихся на лечении гемодиализом, наблюдаются тревожные расстройства, сопровождающиеся нарушениями сна и раздражительностью; особенно они выражены на этапах подготовки и адаптации к гемодиализу. У пациентов, проходивших диализное лечение, сохраняются расстройства настроения даже после трансплантации почки (тревожные, депрессивные, тревожно-депрессивные, астенодепрессивные, апатические, невротические и астенические расстройства) [13].

В подростковом возрасте одной из задач возрастного развития является постановка целей, планов [10]. Болезнь является препятствием в постановке целей, она ограничивает подростков в действиях, так как необходимо постоянное фармакологическое лечение, наблюдение у врачей. В связи с этим подростки ощущают чувство безнадежности, беспомощности, бесконтрольности ситуации.

Ограничения нормального функционирования и повседневной жизни неблагоприятно влияют на самовосприятие, что приводит к проблемам в самопринятии и к неспособности установить и поддерживать социальные контакты.

Изменение качества жизни пациентов с ХПН значительно влияет на их эмоциональную сферу. В связи с болезнью качество жизни меняется, пациенты испытывают физический дискомфорт, болевые ощущения, у них появляются физические ограничения. Изменение качества жизни может повлечь за собой снижение самооценки, чувство неполноценности, а также привести к невротизации, астенизации и депрессии [18].

После пересадки почки пациенты вынуждены длительное время поддерживать свое состояние здоровья, принимать лекарства, наблюдаться у врачей, вести определенный образ жизни [13]. В.Н. Баранецкая отмечает, что особенностью эмоциональной сферы пациентов после трансплантации почки являются частота и выраженность тревожных расстройств. На фоне повышения уровня тревоги может развиваться депрессия. Но в то же время тревожность может помочь в стремлении к соблюдению здорового образа жизни для сохранения соматического здоровья, что в последующем может благоприятно отразиться на эмоциональном состоянии [2].

Постановка проблемы. У пациентов с ХПН отмечаются физиологические, психологические и социальные нарушения [2, 3, 12, 16]. Одна из главных проблем, с которой сталкиваются пациенты, это психологическая адаптация к новым жизненным обстоятельствам, связанным с лечением. Для подростков эта адаптация может проходить сложнее, чем для взрослых пациентов, и сопровождаться негативными эмоциональными состояниями.

Для разработки программ психологической реабилитации важно понимать и учитывать особенности эмоционального состояния подростков на разных этапах лечения и восстановления.

Цель исследования: изучить динамику эмоционального состояния подростков до и после трансплантации почки.

Задачи исследования:

- 1) Теоретически обосновать значимость исследования.
- 2) Подобрать блок методик, направленный на выявление особенностей эмоциональной сферы подростков с ХПН.
- 3) Выявить особенности эмоционального состояния подростков с ХПН до и после трансплантации почки.
- 4) На основе экспериментальных данных выявить связи компонентов эмоционального статуса подростков с ХПН до и после пересадки почки.

Гипотезы:

1. У подростков с ХПН до пересадки почки тревожность выше, чем после трансплантации;
2. У подростков с ХПН до трансплантации уровень самочувствия и настроения ниже, чем после;
3. У подростков с ХПН до пересадки почки уровень агрессивности выше, чем после трансплантации.

Описание выборки. В исследовании участвовали 15 подростков 12-15 лет с ХПН в терминальной стадии, средний возраст – 13,7 л. Из них 6 девочек и 9 мальчиков. Каждый подросток проходил обследование дважды: до и после пересадки почки.

Повторная диагностика проводилась спустя 21–28 дней после пересадки почки.

База исследования: госпитальная школа в Российской детской клинической больнице (Отделение пересадки почки).

Методы. Для решения поставленных задач и проверки гипотезы использовался следующий комплекс психодиагностических методик:

1. Методика самооценки психических состояний Г. Айзенка [1].
2. Тестовая методика САН (Самочувствие, Активность, Настроение) [6].
3. Методика «Незаконченные предложения» в модификации В.Е. Кагана и И.К. Шаца [8, 17].
4. Проективная методика «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич [7].

Методы анализа данных: Т-критерий Вилкоксона, Критерий Спирмена.

Результаты. Рассмотрим результаты исследования самооценки психических состояний.

Таблица 1.

Различия в проявлении психических состояний, выявленных по методике самооценки психических состояний Г. Айзенка, у подростков до и после трансплантации почки (Т-критерий Вилкоксона)

Шкалы	Значение р
Тревожность	0,008*
Фрустрация	0,317
Агрессивность	0,102
Ригидность	0,317

Из полученной таблицы видно, что до и после пересадки почки у подростков с ХПН показатели значимости по всем шкалам, кроме шкалы «Тревожность», больше 0,05 и находятся в зоне незначимости, что позволяет сделать вывод об отсутствии статистически достоверных различий в проявлении таких особенностей, как фрустрация, ригидность и агрессивность у данной группы подростков до и после операции по пересадке почки.

Только значения, полученные по шкале «Тревожность», меньше 0,05, следовательно, находятся в зоне значимости, что говорит о наличии статистически достоверных различий в проявлении этой особенности эмоциональной сферы у подростков с ХПН. Тревожность значительно более выражена в группе подростков после пересадки почки, что опровергает нашу гипотезу и является весьма примечательным фактом.

Рассмотрим результаты исследования по методике САН.

Таблица 2.

Различия в проявлении самочувствия, активности и настроения у подростков до и после трансплантации почки (Т-критерий Вилкоксона)

Шкалы	Значение p
Самочувствие	0,014*
Активность	0,564
Настроение	1,000

Из таблицы видно, что до и после пересадки почки у подростков с ХПН показатели значимости по шкалам «Активность» и «Настроение» больше 0,05 и находятся в зоне незначимости, что позволяет сделать вывод об отсутствии статистически достоверных различий в характеристике таких психоэмоциональных состояний, как активность и настроение у данной группы подростков до и после операции.

Только значения, полученные по шкале «Самочувствие», меньше 0,05, следовательно, находятся в зоне значимости, что говорит о наличии статистически достоверных различий в характеристике этого психофизического состояния у подростков с ХПН до и после пересадки почки. Высокие показатели по шкале «Самочувствие» более выражены в группе подростков после пересадки почки, что подтверждает нашу гипотезу.

Рассмотрим результаты исследования по методике «Незаконченные предложения» в модификации В.Е. Кагана и И.К. Шаца. В исследовании были использованы 12 предложений, направленных на выявление эмоциональных состояний. Продолжения подростков по каждому предложению были объединены в группы по тому или иному признаку.

Как мы видим из табл. 3, до пересадки почки подростки с ХПН продолжают предложение «чаще всего мне становится легче, когда...», отдавая приоритет деятельности (53%). После пересадки картина меняется, и деятельность подростки упоминают уже реже (всего в 13%), здесь преобладают ответы про свое самочувствие/состояние (чаще всего это общие ответы по типу «все хорошо/спокойно»), также 33% упоминают сон

Таблица 3.

Результаты исследования эмоциональных особенностей с помощью методики «Незаконченные предложения» В.Е. Кагана и И.К. Шаца (указано в %)

Предложение	Распределения ответов	Подростки до пересадки почки	Подростки после пересадки почки
Чаще всего мне становится легче, когда...	Свое хорошее самочувствие/благополучие	33	53
	Деятельность	53	13
	Сон	13	33
Если бы все знали, как я боюсь...	Возрастные страхи (пауки, высота, темнота)	87	67
	Какие-то происшествия	13	13
	Отсутствие страхов	0	20
Когда мне грустно, я...	Беспомощность/бездействие	53	53
	Действие	47	47
Если все против меня, я...	Ответная враждебность	40	33
	Одиночество	27	27
	Грусть/Печаль	13	7
	Не имеет значения для меня	15	33
Мне доставляет удовольствие, когда я...	Впечатления/Деятельность	60	93
	Общение	40	7
С болезнью у меня связано чувство...	Негативные чувства	80	73
	Нейтральные чувства	20	27
Я мог бы быть очень счастливым, если бы...	Акцент на здоровье	73	73
	Дом/семья	27	7
Когда я думаю о пересадке, я чувствую...	Положительные чувства	33	53
	Нейтральные	7	20
	Негативные	60	27
Я чувствую беспокойство, когда...	Мысли, связанные с болезнью	40	27
	Какие-то внешние беспокойства	60	73
Самое неприятное в моей болезни...	Отличие от других людей	33	40
	Диета	27	20
	Диализ	7	20
	Боль	33	20
Будущее кажется мне...	Отрицательная оценка	33	27
	Позитивная оценка	67	73
Мне доставляет радость, когда...	Мысли о пересадке	13	0
	Деятельность/впечатления	47	87
	Общение	40	13

Если обратить внимание на продолжение незаконченного предложения о страхах, можно увидеть, что и до, и после пересадки у подростков с ХПН преобладают типичные детские страхи (у 87% подростков до пересадки, у 67% - после). Интересным является то, что до пересадки все подростки отмечают у себя какие-то страхи, а после пересадки 20% подростков говорят о том, что ничего не боятся. Эти 20% до пересадки называли типичные страхи.

Ответы на предложение «Когда мне грустно, я...» разделились на две группы: когда пациенты пытаются что-то сделать («включаю музыку», «пытаюсь отвлечься», «разговариваю с друзьями»), чтобы им перестало быть грустно, и когда пациенты демонстрируют пассивные способы совладания («ничего», «плачу», «лежу, свернувшись в комок»). Подростки и до, и после пересадки в 53% случаев выбирают бездействовать и в 47% делают что-то, чтобы изменить ситуацию.

Если посмотреть на продолжения незаконченного предложения «Если все против меня, я...», можно сказать, что ответная враждебность проявляется у 40% подростков до пересадки почки и у 33% после трансплантации. Ответы про одиночество встречаются и до пересадки, и после пересадки у подростков в 27% случаев. Ответы 15% подростков до пересадки и 33% после показывают, что для них данный факт значения не имеет. Возможно, такие ответы подростков связаны с нежеланием говорить о своих чувствах. Остальные ответы демонстрируют негативные эмоциональные состояния в этой ситуации (грусть, печаль).

Интересными являются ответы подростков на вопрос, что доставляет им удовольствие. Подростки до пересадки почки в 60% случаев отмечают какую-то деятельность («гуляю», «покупаю новую книгу») и в 40% общение (например, «играю с друзьями»). После трансплантации у подростков преобладают ответы про деятельность (93%) и всего 7% говорят про общение. Возможно, это связано с тем, что до пересадки почки подростки все время находятся в стационаре, что, естественно, мешает их социальным контактам, а после трансплантации подростки уже возвращаются домой, поэтому общение для них теперь не является чем-то труднодостижимым, а скорее стало частью их жизни, поэтому они не придают ему большого значения.

С болезнью у подростков и до (в 80%), и после (в 73%) пересадки почки связаны преимущественно негативные чувства. Это естественно, так как после трансплантации болезнь все еще негативно влияет на их жизнь, она все так же накладывает на ребенка определенные ограничения.

Подростки с ХПН и до, и после пересадки почки в ответах на предложение «Я мог бы быть очень счастливым, если...» отмечают здоровье (таких ответов по 73% в обеих группах, например, «пришла бы почка», «выздоровел», «не было болезни»). Ответы, в которых упоминается нахождение в кругу близких («была бы рядом с бабушкой», «подруга была рядом»), у подростков до трансплантации составляют 27%, а после – 7%, что может быть связано с социальной депривацией подростков, находящихся на длительном лечении в медицинском учреждении.

В ответах на предложение «Когда я думаю о пересадке, я чувствую...» у

подростков до пересадки почки преобладают негативные эмоции (в 60 %), а после пересадки, наоборот, положительные (у 53%). Нейтральные ответы присутствуют у 7% подростков до трансплантации и у 20% после.

Подростки чувствуют беспокойство, когда в голову им приходят мысли, связанные с болезнью, в 40% случаях до пересадки почки и в 27% после. Подростки после трансплантации чаще беспокоятся о внешних обстоятельствах («смотрю новости», «начинается урок»), чем о болезни.

Ответы про самое неприятное в болезни мы разделили на 4 группы: диета, диализ, боль и отличие от здоровых сверстников. Диету отмечают 27% подростков до трансплантации и 20% после. Про диализ упоминают 7% подростков до пересадки и 20% после, хотя после трансплантации подростки уже не проходят процедуру диализа. Боль отмечают 33% подростков до пересадки почки и 20% после. Интересным является достаточно большой процент ответов подростков, связанных с отличием их от здоровых детей (до пересадки 33% ответов, после 40%). Например, «не могу делать то, что делают другие».

В ответах про отношение к будущему у подростков до пересадки почки (67%) и после (73%) преобладают позитивные оценки. Можно отметить небольшое увеличение позитивных оценок у подростков после трансплантации.

У подростков до пересадки почки повышается настроение от какого-то занятия (47%) и от общения (40%), а также в 13% случаев доставляет радость мысль о том, что пришла донорская почка. Подросткам после трансплантации почки в 87% случаев радость доставляет какая-то деятельность («гуляю», «читаю», «ем»), а в 13% случаев общение с друзьями или близкими.

Таблица 4.

Различия в ответах подростков с ХПН до и после пересадки почки с помощью методики «Незаконченные предложения» (Т-критерий Вилкоксона)

Показатель	Значение p
Общение	0,025*
Деятельность/впечатления	0,014*

По некоторым выделенным темам наблюдаются статистически достоверные различия. Подросткам после трансплантации деятельность и впечатления доставляют значимо больше радости и удовольствия, чем им же до пересадки почки. Потребность в общении у подростков до пересадки почки проявляется чаще, чем после. Возможно, это связано с тем, что, ожидая трансплантацию, подростки находятся в больнице и общение с родными и друзьями у них затруднено, а после пересадки они находятся преимущественно дома, у них нет ситуации социальной депривации.

Анализируя результаты исследования эмоциональных особенностей с помощью методики «Рисунок несуществующего животного», были выделены 7 параметров, которые так или иначе проявлялись в рисунках подростков и в беседе с ними после того, как они изобразили «несуществующее животное».

Были выделены три параметра, связанных с агрессией: защитная агрессия, невротическая и страх перед агрессией.

Защитная агрессия проявлялась у 60% подростков до трансплантации и у 53% подростков после. Интересным фактом является то, что даже в случаях, когда присутствовали явные маркеры агрессии (зубы, клюв), в беседе на вопрос «Как это животное ведет себя при опасности?» испытуемые отвечали, что защищается. То есть эти приспособления нужны для обороны, а не для нападения. На основании этого можно сделать вывод, что подростки с ХПН зачастую могут проявлять агрессию по отношению к близким, друзьям или врачам не потому, что хотят навредить, а потому, что боятся агрессии со стороны других людей.

Невротическую агрессию подростки демонстрируют в 20% случаев до пересадки и в 13% после.

Страх перед агрессией присутствует у подростков до пересадки почки в 60% случаев и в 47% случаев после.

Процент присутствия страхов в целом у подростков до трансплантации равен 47%, а у подростков после – 60%. То есть после операции у подростков появляется больше страхов. Это может быть связано, например, с тем, что подростки начинают больше бояться неопределенности ситуации, со страхом перед рецидивом заболевания, страхом, что почка не будет хорошо функционировать.

Астеничность проявляется у 40% подростков с ХПН до пересадки почки и у 60% - после пересадки. Это вполне понятно, так как астеничность является одной из особенностей, характерной для пациентов с ХПН.

Интересными являются результаты переживания чувства одиночества. Судя по рисункам, это чувство проявляется у подростков с ХПН до трансплантации практически в 2 раза чаще (87% испытуемых), чем у них же после пересадки почки (47%). Данные результаты можно соотнести с результатами по незаконченным предложениям. На момент обследования перед трансплантацией подростки находились длительное время в ситуации ограничения социальных контактов. Этим можно объяснить полученные результаты.

Еще одним важным моментом, который был выделен, является упоминание о питании в рассказе о желаниях животного. Еда фигурирует у 47% испытуемых, опрошенных до пересадки, и у 53% после. Причем чаще всего опрос проходил спустя недолгое время после приема пищи, то есть подростки не были голодны. Такая частота упоминаний продуктов питания подтверждает, что ограничения в разнообразии питания влияют на эмоциональное состояние подростков.

Статистически значимые различия по методике «Несуществующее животное» наблюдаются лишь в теме одиночества (уровень значимости 0,034). Подростки после пересадки почки демонстрируют статистически значимо меньше признаков чувства одиночества в рисунках, чем до пересадки. Полученные показатели значимости по остальным выделенным нами шкалам больше 0,05, что позволяет нам сделать вывод об отсутствии статистически достоверных различий по данным показателям.

Чтобы выявить факторы, влияющие на эмоциональное состояние подростков с ХПН до и после пересадки почки, был проведен корреляционный анализ (табл. 5, 6).

Таблица 5.

Корреляционный анализ результатов исследования подростков с ХПН до пересадки почки (критерий Спирмена)

Параметры	Невротическая агрессия	Фрустрация	Потребность в общении	Фиксация на заболевании
Самочувствие	0,612 ($p<0,015$)	X	X	X
Тревожность	X	0,650 ($p<0,009$)	X	X
Настроение	X	- 0,650 ($p<0,009$)	X	X
Отношение к будущему	X	0,555 ($p<0,032$)	X	- 0,577 ($p<0,024$)
Мысли о пересадке	X	X	- 0,571 ($p<0,026$)	X

Таблица 6.

Корреляционный анализ результатов исследования подростков с ХПН после пересадки почки (критерий Спирмена)

Параметры	Настроение	Фрустрация	Страх агрессии	Потребность вернуться домой	Потребность в еде
Самочувствие	0,829 ($p<0,0001$)	-0,535 ($p<0,040$)	X	X	X
Активность	X	X	X	0,555 ($p<0,032$)	X
Агрессивность	X	X	X	X	0,564 ($p<0,029$)
Отношение к болезни	X	X	X	0,533 ($p<0,041$)	X
Страхи	X	X	X	0,577 ($p<0,024$)	X
Одиночество	X	X	0,607 ($p<0,016$)	X	X

У подростков с ХПН до пересадки почки найдена взаимосвязь (0,612) между показателями «Самочувствие» и «Невротическая агрессия». Чем хуже самочувствие, тем выше невротическая агрессия. Отмечается корреляция (0,650) показателя «Фрустрация» с показателем «Тревожность» и связь (0,555) с показателем «Отношение к будущему». Чем ниже фрустрация, тем ниже тревожность. Чем ниже фрустрация, тем более положительное отношение к будущему. Также была выявлена обратная корреляционная связь (-,650) показателей «Фрустрация» и «Настроение». Чем ниже показатели фрустрации, тем выше показатели настроения. Обнаружена обратная корреляция (-,571) между отношением к трансплантации и потребностью в общении. Чем больше удовлетворяется потребность в общении, тем более положительно подростки относятся к пересадке почки. А также обратная связь (-0,577) между отношением к будущему и фиксацией на заболевании. Если подросток не фиксирован на заболевании, у него более положительное отношение к будущему.

У подростков с ХПН после пересадки почки найдена взаимосвязь (0,829)

самочувствия и настроения. Чем выше показатели самочувствия, тем выше показатели настроения. Обратная связь ($-0,535$) самочувствия и фрустрации. Чем выше показатели по самочувствию, тем ниже показатели фрустрации. Выявлена корреляционная связь ($0,555$) между активностью и потребностью вернуться домой. Чем выше активность подростков, тем больше они хотят вернуться домой. Отмечается связь ($0,564$) между агрессивностью и потребностью в еде. Потребность в питании связана с повышением агрессии. Обнаружена корреляция ($0,533$) между потребностью вернуться домой и отношением к болезни. Подростки с негативным отношением к болезни преимущественно не демонстрируют потребность вернуться домой. Выявлена связь ($0,577$) наличия страхов с потребностью вернуться домой. Чем больше выражены страхи, тем больше проявляется потребность вернуться домой. А также корреляционная связь ($0,607$) страха агрессии и чувства одиночества. Чем более выражено чувство одиночества, тем больше страх агрессии со стороны других людей.

Выводы. Гипотеза о том, что у подростков с ХПН до пересадки почки тревожность выше, чем после пересадки почки, не подтвердилась. Данные показывают, что тревожность выше у подростков с ХПН после трансплантации почки.

Гипотеза о том, что у подростков с ХПН до пересадки почки уровень самочувствия и настроения ниже, чем после пересадки, подтвердилась частично. Самочувствие действительно хуже у подростков до пересадки почки. По показателю «Настроение» достоверно значимых различий не выявлено.

Гипотеза о том, что у подростков с ХПН до пересадки почки уровень агрессивности ниже, чем после пересадки почки, не подтвердилась. По показателю «Агрессивность» достоверно значимых различий выявлено не было.

Также были выявлены статистически значимые различия по показателю «чувство одиночества». У подростков с ХПН до трансплантации чувство одиночества выражено более значительно, чем после. У подростков после пересадки почки была выявлена следующая тенденция: чем более выражено чувство одиночества, тем больше отмечается страх агрессии со стороны других людей.

Заключение. В качестве перспектив данного исследования можно обозначить расширение выборки и блока диагностических методик, применяемых в исследовании. Это могло бы позволить изучить дополнительные аспекты эмоционального состояния подростков, а также провести сравнительный анализ разных подгрупп испытуемых по отдельным параметрам, например, сравнение динамики эмоционального состояния мальчиков и девочек. Также нам представляется интересным использовать полученные данные для выстраивания дифференцированных реабилитационных программ для подростков с ХПН с учетом этапа лечения.

Благодарность. Благодарим проект госпитальных школ «УчимЗнаем» в предоставлении площадки для сбора эмпирических данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г., Вильсон Г. Как измерить личность: пер. с англ. М.: Когито-центр, 2000. 284 с.
2. Баранецкая В.Н. Особенности аффективной сферы больных хронической почечной недостаточностью, перенесших трансплантацию почки // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Т. 8. С. 63-70.
3. Васильева И.А. Качество жизни реципиентов почечного трансплантата // Нефрология. 2018. 22 (4). С. 74-80.
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений. М.: Педагогика. 1983 Т. 5. 157 с.
5. Джарбусынова Б.Б., Гумар А.Р. Эмоциональное состояние у лиц с хронической почечной болезнью и его динамикой во время гемодиализа // Вестник

КазНМУ. 2021. № 4. С. 172–175.

6. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии, 1973. № 6. С. 141-146.

7. Дукаревич М.З., Яньшин П.В. Рисунок несуществующего животного / Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции / Под ред. С.Р. Пантеева. М.: МГУ, 1990. С. 54-72.

8. Каган В.Е. Практическая психология для психологов и врачей. Обучающий тестовый контроль. Учебное пособие для вузов. М.: Смысл, 1999. 807 с.

9. Климушева Н.Ф. Трансплантация солидных органов: пути оптимизации и повышения эффективности. Дис. ... докт. мед. наук. М., 2016. 248 с.

10. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: ТЦ «Сфера», 2001. 464 с.

11. Куртанова Ю.Е., Зинченко М.Н. Внутренняя картина болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью // Психологическая наука и образование. 2012. Т. 17. № 5. С. 19–28.

12. Микита О.Ю., Хубутя А.Ш. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки // Ученые записи университета им. П.Ф. Лесгафта. 2018. № 12 (166). С. 326–329.

13. Петрова Н.Н. Тревожные расстройства у больных с хронической почечной недостаточностью в условиях лечения гемодиализом // Нефрология. 1997. № 2. С. 61–65.

14. Подольский А.И., Идобаева О.А. Психоэмоциональное благополучие современных подростков // Национальный психологический журнал. 2007. № 1 (2). С. 87-89.

15. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. Учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 1998. 96 с.

16. Федорова Е.А., Балычева В.С. Психологические особенности лиц, перенесших трансплантацию органов // Ученые записи университета им. П.Ф. Лесгафта. 2022. № 4 (206). С. 603–607.

17. Шац И.К. Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи: учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2016. 303 с.

REFERENCES

1. Ajzenk G., Vil'son G. Kak izmerit' lichnost': per. s angl. M.: Kogito-czentr, 2000. 284 s.

2. Baraneczka V.N. Osobennosti affektivnoj sfery` bol'ny`kh khronicheskoy pochechnoj nedostatochnost`yu, perenessikh transplantacziyu pochki // Vestnik YuUrGU. Seriya «Psikhologiya». 2015. T. 8. S. 63-70.

3. Vasil`eva I.A. Kachestvo zhizni recipientov pochechnogo transplantata // Nefrologiya. 2018. 22 (4). S. 74–80.

4. Vy`gotskij L.S. Sobranie sochinenij. M.: Pedagogika. 1983 T. 5. 157 s.

5. Dzharbusy`nova B.B., Gumar A.R. E`mocional`noe sostoyanie u licz s khronicheskoy pochechnoj bolezny` i ego dinamikoj vo vremya gemodializa // Vestnik KazNМУ. 2021. # 4. S. 172–175.

6. Doskin V.A., Lavrent`eva N.A., Miroshnikov M.P., Sharaj V.B. Test differencirovannoj samooczenki funkcional`nogo sostoyaniya // Voprosy` psikhologii, 1973. # 6. S. 141-146.

7. Dukarevich M.Z., Yan'shin P.V. Risunok nesushhestvuyushhego zhivotnogo / Praktikum po psikhodiagnostike. Psikhodiagnostika motivatsii i samoregulyatsii / Pod red. S.R. Pantileeva. M.: MGU, 1990. S. 54-72.
8. Kagan V.E. Prakticheskaya psikhologiya dlya psikhologov i vrachej. Obuchayushhij testovyy kontrol'. Uchebnoe posobie dlya vuzov. M.: Smy'sl, 1999. 807 s.
9. Klimusheva N.F. Transplantatsiya solidnykh organov: puti optimizatsii i povysheniya effektivnosti. Dis. ... dokt. med. nauk. M., 2016. 248 s.
10. Kulagina I.Yu., Kolyuczkiy V.N. Vozrastnaya psikhologiya: Polnyj zhiznennyj tsikl razvitiya cheloveka. Uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenij. M.: TCz «Sfera», 2001. 464 s.
11. Kurtanova Yu.E., Zinchenko M.N. Vnutrennyaya kartina bolezni detej s nefrologicheskimi zabolevaniyami i khronicheskoy pochechnoj nedostatochnost'yu // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2012. T. 17. # 5. S. 19–28.
12. Mikita O.Yu., Khubutiya A.Sh. Psikhologicheskij status i kachestvo zhizni pacientov s khronicheskoy pochechnoj nedostatochnost'yu do i posle transplantatsii pochki // Uchenye zapisi universiteta im. P.F. Lesgafta. 2018. # 12 (166). S. 326–329.
13. Petrova N.N. Trevozhnye rasstrojstva u bol'nykh s khronicheskoy pochechnoj nedostatochnost'yu v usloviyakh lecheniya gemodializom // Nefrologiya. 1997. # 2. S. 61–65.
14. Podolskij A.I., Idobaeva O.A. Psikhoe'motsional'noe blagopoluchie sovremennykh podrostkov // Natsional'nyj psikhologicheskij zhurnal. 2007. # 1 (2). S. 87-89.
15. Semenyuk L.M. Psikhologicheskie osobennosti agressivnogo povedeniya podrostkov i usloviya ego korrektsii. Uchebnoe posobie. M.: Moskovskij psikhologo-sotsial'nyj institut: Flinta, 1998. 96 s.
16. Fedorova E.A., Balycheva V.S. Psikhologicheskie osobennosti licz, perenesших transplantatsiyu organov // Uchenye zapisi universiteta im. P.F. Lesgafta. 2022. # 4 (206). S. 603–607.
17. Shacz I.K. Bol'noj rebenok i ego sem'ya: formy i vozmozhnosti psikhologicheskoy pomoshhi: uchebnoe posobie. SPb.: SpeczLit, 2016. 303 s.
18. Dąbrowska-Bender M., Dykowska G., Żuk W., Milewska M., Staniszevska A. The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency // Patient Prefer Adherence. 2018. № 12. P. 577–583.

Yu.E. Kurtanova, A.A. Eremina

EMOTIONAL STATE OF ADOLESCENTS BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. The number of children with chronic renal failure requiring kidney transplantation is constantly growing, and the need for psychological support for these children is also growing. The aim of this study was to examine the dynamics of the emotional state of adolescents before and after kidney transplantation. Fifteen adolescents aged 12-15 years with end-stage chronic renal failure participated in the study. The study concluded that emotional characteristics are manifested by increased anxiety and decreased feelings of loneliness in adolescents after kidney transplantation compared to the pre-transplant period.

Keywords: emotional state, adolescents, dynamics, chronic renal failure, kidney transplantation.

С.Н. Майорова-Щеглова¹, А.Ю. Губанова²
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБРАЩЕНИЙ ДЕТЕЙ
ЗА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ
И СОБЫТИЙ ДЕТСКОЙ ЖИЗНИ**

¹Московский государственный психолого-педагогический университет,
²Российский государственный гуманитарный университет (Москва).

Резюме. В статье проведена апробация возможностей анализа события первичного обращения за психологической помощью во взаимосвязи с другими, иными событиями детства. Исследование событийности детства отражает актуальные запросы: изучение ментального здоровья с использованием идей новой социологии детства, признающей значимость социальных действий детей как акторов своей жизни. Эмпирической базой выступили данные исследования «Событийность детства» (2023 г.), в котором приняли участие 1210 респондентов 18-19 лет. Сравнительный анализ двух групп респондентов – имевших и не имевших опыт обращения, позволил выявить социально-демографические и событийные факторы для данного социального действия. Средний возраст дебюта обращаемости к психотерапевтам составляет 14,5 лет. Посредством корреляционного анализа обнаружено, что опыт обращения за помощью статистически значимо связан с более ранним наступлением 14 событий детства, которые были сгруппированы в блоки: травмирующие эпизоды (сексуальное насилие, конфликты с родителями), практики работы с телом (пирсинг, татуировки), сепарационные процессы и гражданская активность. Полученные данные позволяют говорить о необходимости информирования детско-подростковой аудитории о каналах поддержки психического здоровья, конкретизации направления профилактической работы, особенно в сельских территориях и в возрастной группе 12-14 лет.

Ключевые слова: дети, здоровье психическое, события детства, обращаемость за помощью, факторы благополучия/неблагополучия детей

Введение. Исследование обращаемости детей и подростков за психологической помощью стало вызывать интерес в российском научном поле недавно [1, 2, 5]. Уже зафиксировано, что 2020-2022 гг. стали реперной точкой по количеству работ по этой теме [11].

Мы исходим из позиции, что обращаемость ребенка за помощью к специалисту разного рода, в реальных условиях либо онлайн, – это не просто проекция симптома, психологического стресса или какого-то психического расстройства ребенка, а и результат специальной организации жизни, включающий наличие инфраструктуры для этих обращений, поддержка специальных условий, возможностей самостоятельного обращения. Первый опыт обращения за помощью рассматривается нами как социальное действие самого ребенка. Важно восприятие самим ребенком техник обращения как специальной копинг-стратегии совладания со сложной жизненной ситуацией или заболеванием: не только знать о возможностях поддержки, но и самому успешно апробировать это соци-

альное действие по получению внешней помощи для того, чтобы сохранить этот навык на взрослую жизнь.

Также нам, как социологам детства, было важно выяснить, как индивидуальные факты обращения за такой помощью могут превращаться в полнокровные социальные практики. А именно, насколько это сегодня устойчивый, масштабный процесс, в котором участвуют группы детей с определенными социальными характеристиками.

Целью данной статьи является выявление взаимосвязи между событиями детства и обращениями детей за психотерапевтической помощью. Для реализации данной цели было поставлено и последовательно решено **несколько задач**:

- уточнить некоторые социально-демографические характеристики обратившихся к психотерапевтам в детском возрасте через сравнение с теми, у кого в детской биографии этого события не было;

- определить, насколько тесна взаимосвязь между обращениями и происходящими в детстве событиями, определяемыми социумом как травмирующие для жизни ребенка;

- найти дополнительные информативные показатели событийности детства, провоцирующие и сдерживающие потребность в психотерапевтической помощи.

Дизайн, методика и основные характеристики исследования. Эмпирической базой данного анализа стали данные крупномасштабного исследования «Событийность детства», проведенного в 2023 г. Авторы обратились к нарративным автобиографическим данным молодежи 18-19 лет, только что переступившей нормативную границу от детства к взрослой жизни. Формализованная анкета включала вопросы о возрасте начала 100 событий и распространялась через Интернет, посредством анонсов на онлайн-сервисах молодежных сообществ, учебных заведений уровня среднего профессионального и высшего образования, обращения к профессорско-преподавательскому составу вузов с просьбой о содействии в организации опроса среди обучающихся. Данный формат был выбран, поскольку молодежная аудитория рассматривается авторами как группа «интенсивной интернет-включенности» и местом наиболее высокой степени «скопления» представителей молодежи являются учебные заведения [3].

Из выборки исключались не полностью заполненные бланки. Одной из важных задач исследования являлось создание научно-исследовательской конструкции событийности путем «... выстраивания отдельных событий жизни в цепочку взросления для определения субъективных этапов и границ детства» [8: 4-5].

При формировании неслучайной потоковой выборки также учитывались два основных критерия: 1) возраст вхождения в молодежную группу (17-23 года, с ядром 18-летних), 2) разные типы поселения и регионы проживания респондентов в детстве. В исследовании приняли участие 1210 респондентов из всех административных округов РФ. Четверть респондентов (24,4%) проживала в детстве в сельской местности, еще четверть (23,3%) – в крупных и 30,4% в небольших городах, каждый пятый (21%) - в городе-миллионнике. Экономическое положение родительской семьи, по оценкам респондентов, у большинства

(57,3%) соответствовало среднему уровню, у почти трети (28%) опрошенных были высокие доходы, 14,7% проживали в семьях с низким уровнем доходов. Подавляющее большинство (79,3%) опрошенных были студентами вузов, чуть больше десятой части (12,6%) обучались в системе СПО. Три четверти респондентов проживали в полных семьях, пятая часть - с бабушками и дедушками. Согласно экспериментальным проектам российских ученых, женщины демонстрируют более высокий уровень нарративной памяти, способность и желание давать детальные описания событий жизни [4]. Поэтому мы осознанно поставили перед собой дополнительные задачи гендерного сравнения.

Мы не спрашивали самих молодых людей, насколько важным было событие обращения за профессиональной помощью в сфере психотерапии, как и не фокусировали прицельно их внимание на других случаях и ситуациях. Но на основе нескольких треков анализа стало возможным выяснение взаимосвязи этого события с рядом других эпизодов как по масштабности, так и по времени их возникновения в структуре жизненного пути.

Общие характеристики группы обращающихся за помощью детей. Исследования, изучавшие потенциальную решимость и установку на обращение к специалисту, оценивают эту готовность в рамках от 15% до 25% подростков [13, 14]. Наше исследование показало, что реально обратились за помощью до 18 лет среди изучаемой когорты 17,7%.

По данным нашего исследования, средний возраст респондентов при первом обращении составил 14,5 лет. Четверть опрошенных успела получить такой опыт к 13 годам, половина к 15 годам, к 17-тилетию – $\frac{3}{4}$ из тех, у кого это событие вообще произошло к совершеннолетию. Из всей совокупности эта группа составила 214 чел., против 996, не имевших такого опыта. При этом медианное значение среднего возраста составило 18 лет, а мода – 15 лет. Именно через сравнение этих условных групп и выявилась зависимость возраста первого обращения за помощью от некоторых социально-демографических, территориальных, экономических и иных социальных факторов.

Мальчики позже, чем девочки, осваивали практику обращений, и здесь мы подтверждаем данные других авторов [10, 12], но мы вносим дополнение: медианное значение выше и средний возраст возникновения ситуации первого опыта выше более чем на 2 месяца.



Рисунок 1. Опыт обращение к психотерапевту в детстве в зависимости от пола респондентов

На интенсивность обращений влияет состав семьи: среди тех, кто имел подобный опыт, проживали в полных семьях 74,3%. Интересно сравнение тех, кто проживал в неполных семьях: с одинокой матерью или с одиноким отцом. Различия в сторону первой группы значительны и позволяют предположить, что матери чаще становятся инициатором подобных обращений или поддерживают такие действия своих детей.

Обращение за помощью распространено скорее в городских поселениях, нежели сельских. Наше исследование, подтвердив этот вывод, позволило дифференцировать городские поселения по охвату обращений. Среди респондентов, имевших опыт обращения за психологической помощью, почти треть проживала в городах-миллионниках, крупных и небольших городах, тогда как в сельской местности лишь чуть более десятой части (табл. 1). В небольшом городе обращений к психотерапевтам в подростковом возрасте было чуть больше, чем в городе-миллионнике: 29,4% против 29%.

Одновременно с этим процент респондентов, не обращавшихся за психологической помощью в детстве, распределяется практически равномерно по всем территориям проживания: чуть более четверти респондентов проживало в небольших городах и сельской местности (по 26%) и городах-миллионниках (25%), 23,1% – в крупных городах.

Таблица 1.

Взаимосвязь места проживания в детстве и опыта обращения к психотерапевту

Где прошло детство	Был опыт обращения к психотерапевту, % внутри группы (N=214)	Не было опыта обращения к психотерапевту, % внутри группы (N=996)
Город-миллионник	29,0%	20,4%
Крупный город (от 200 тыс. до 1 миллиона жителей)	28,0%	22,3%
Небольшой город (до 200 тыс. жителей)	29,4%	30,6%
Сельская местность	13,6%	26,7%

Учитывая распространение психологических услуг в онлайн-формате телемедицины или телефонов доверия [7, 9], объяснять факт лишь фактором недоступности таких услуг в сельской местности уже становится невозможным. На наш взгляд, скорее здесь имеют значение социокультурные различия в восприятии психологических проблем.

Мы обнаружили различия между выделенным событием и социально-экономическим положением семьи. Влияние материально-экономического статуса семьи на опыт обращения за психотерапевтической помощью продемонст-

рировало нелинейную зависимость. (табл. 2). Так, несмотря на то что в обеих группах доминируют представители семей со средним достатком, в группе обратившихся за психологической помощью доля респондентов из семей с низким уровнем дохода выше (17,3%) по сравнению с теми, кто такой опыт не имел (14,1%). Это опровергает предположение о том, что только экономически благополучные семьи имеют доступ к услугам психотерапевтов, и указывает на то, что факторы риска, связанные с материальным неблагополучием, могут повышать потребность в психологической поддержке.

Таблица 2.

Взаимосвязь материально-экономического положения родительской семьи и опыта обращения к психотерапевту, в %

Материально-экономическое положение семьи	Был опыт обращения к психотерапевту, % внутри группы (N=214)	Не было опыта обращения к психотерапевту, % внутри группы (N=996)
Высокое	24,3%	28,8%
Среднее	58,4%	57%
Низкое	17,3%	14,1%

Статистическая обработка позволяет выявить дополнительную неочевидную зависимость между материально-экономическим статусом семьи и вероятностью обращения ребенка за психотерапевтической помощью (табл. 2). Наблюдается постепенное увеличение доли обратившихся с 15,3% в группе с высоким достатком до 18,0% в группе со средним и к 20,8% – в бедных семьях. Разрыв в 5,5% между крайними группами является содержательно значимым (см. рис. 2).



Рисунок 2. Взаимосвязь материально-экономического положения родительской семьи и опыта обращения к психотерапевту, % внутри групп по уровню достатка

Предположение, что большему количеству стрессоров подвержены дети из малообеспеченных семей и, соответственно, они чаще обращаются за помощью к профильным специалистам, подтверждается полученными данными. Однако нами зафиксирован парадокс: материальные ресурсы семьи не расширяют доступ к психологическим услугам, в том числе платным. На этом этапе могут быть выдвинуты несколько объяснений, которые требуют дальнейшего изучения и доказательств:

1. Наличие в «богатых семьях» особых социокультурных установок: – проблемы, связанные с психологическим благополучием, могут восприниматься как угроза образу успешной семьи; ярко выраженная стигматизация психических проблем и обращений к психотерапевтам в обществе может являться демонстрацией «слабости» или неспособности справиться с трудностями самостоятельно.

2. Доступность в этом слое населения компенсаторных ресурсов, таких как разнообразный досуг, путешествия, спорт, внимание более свободных от труда и быта родителей, снижающих остроту переживаний и позволяющих справиться с трудностями без привлечения специалистов.

3. Использование в этих семьях каналов помощи, не идентифицируемые как помощь психотерапевта, например, психологи в частных школах, индивидуальные занятия арт-терапией, семейные консультации, которые респонденты не относят к психотерапевтической помощи.

Факты снижения возраста обращения к психотерапевту в семьях с очень высоким достатком (12,7 года против 14,5 в среднем по всем остальным группам) может быть вписан в общий трек на опережающее взросление по сравнению с иными по доходам группами, оно наблюдается и в иных эпизодах жизни: при освоении информационного пространства, потребительской культуры, политической социализации.

Зафиксирован более ранний возраст обращаемости у респондентов, которые заявили, что имели в детстве проблемы со здоровьем: 13,8 лет против 14,8 года среди не имевших проблем.

В ряде зарубежных исследований с основой на самоотчеты детей от 8 лет и мнения родителей утверждается, что удовлетворенность жизнью может рассматриваться как возможный защитный фактор, смягчающий воздействие стрессоров, проявления депрессивных состояний [15, 16]. Российские проекты подтверждают зависимость интерпретации своего детства как счастливого или несчастливого от событий взросления [6]. При сравнении позиций двух групп мы выяснили, что именно в группе не обращавшихся к специалистам психологической поддержки больше тех, кто обозначил свое детство как счастливое (86,8%), и соответственно наблюдалась и обратная зависимость (среди тех, кому потребовалась поддержка, посчитали свое детство счастливым лишь 74,3 %). Дифференцирующих различий в среднем возрасте дебюта получения помощи при этом не обнаружено.

Мы понимаем, что субъективное переживание неблагополучия в детстве не является единственным фактором, побуждающим к поиску внешней поддержки. Обращает на себя внимание значительная доля респондентов, выбравших уход от ответа (вариант «не хочу отвечать на вопрос, было ли мое детство счастливым»): 3,6% с опытом обращения и 8% без него. Это может говорить об

определенной чувствительности темы и ее связи со стигматизацией обращения за психологической помощью в обществе.

Как события детства влияют на обращаемость. При корреляционном анализе мы выделили 14 событий, где прослеживается наиболее существенная разница в среднем возрасте различных жизненных событий (около года и более) между выделенными группами получавших/не получавших помощь и посчитали возможным условно объединить их в несколько групп. В качестве травмирующих эпизодов детской биографии в литературе выделяются развод, смерть кого-то из близких, устройство новой семьи у родителей, насилие и сексуальные домогательства, конфликты с родителями. Мы обнаружили, что на возраст первичной обращаемости влияют лишь некоторые из них (см. табл. 3).

Таблица 3.

Средний возраст наступления событий в группах обратившихся и не обратившихся за психотерапевтической помощью, лет

События детства	Возраст наступления события, среднее арифм. (станд. откл.)		Разница в средних
	Обращение было	Обращения не было	
Осознание субъектности и действия самостоятельности и независимости			
Я узнал(а), откуда берутся дети	9,3	10,3	1,0
Я впервые поехал(а) за границу самостоятельно или с группой ровесников	13,1	14,2	1,1
Я стал(а) строить планы на будущую взрослую жизнь (семья, место проживания, образ жизни)	15,1	16,0	0,9
Травмирующие и конфликтные события			
Ко мне были сексуальные приставания, насилие	12,4	13,7	1,3
Практики оздоровления и манипуляции с телом			
Я начал(а) сам(а) лечиться дома, принимать лекарства, делать лечебные процедуры по рекомендации врача, родителей	12,5	13,4	0,9
Я сделал(а) себе пирсинг	13,5	15,0	1,5
Я впервые пошел/пошла к косметологу/дерматологу/другому специалисту на консультацию для коррекции внешности	14,1	15,1	1,0

Я сделал(а) себе татуировку	15,2	16,8	1,6
<i>Конфликты и сепарация от родителей</i>			
Начались серьезные конфликты с родителями	12,3	13,2	0,9
Я впервые не рассказал(а) родителям что-то важное (появились тайны от взрослых)	12,4	13,3	0,9
Я стал(а) жить отдельно от родителей	16,1	17,4	1,3
<i>Активность во внесемейной сфере</i>			
Я ходил(а) на политические митинги, собрания, пикеты и т.п.	13,2	15,7	2,5
Я участвовал(а) в волонтерском проекте (помогал(а), организовывал(а) что-то без денег, от души)	13,3	14,9	1,6
Я занимался/занималась впервые на онлайн-курсах	14,9	15,9	1,0

Примечание. Статистическая значимость разницы в средних приведена по критерию t. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

Среди тех, кто пережил сексуальное насилие, более 40% обращались за профессиональной помощью, среди тех, кто избежал такого драматичного опыта, – 12%, тех, кто не захотел отвечать на этот сенситивный вопрос, – более 22%.

Таблица 4.

Взаимосвязь серьезных конфликтов в детстве с посещением психотерапевта

Опыт обращения к психотерапевту, % внутри группы	Начались серьезные конфликты с родителями в детстве	Серьезных конфликтов с родителями в детстве не было
Произошло, чел.	175	39
Произошло, %	23,9%	8,2%
Не произошло, чел.	558	438
Не произошло, %	76,1%	91,8%
Всего, чел.	733	477

Мы не обнаружили взаимосвязи между возрастом обращений и разводом родителей и с фактом, когда у разведенных родителей появляются новые супру-

ги, также нет тесной взаимосвязи с ранними сексуальными отношениями. Однако, частота обращений при этих ситуациях в детстве выше, чем в группах не проживавших подобные эпизоды. Например, среди переживших развод родителей, $\frac{1}{4}$ имела опыт получения психотерапевтической помощи (25,8%), а среди тех, у кого не было развода, таких лишь 14%.

Одна из первичных гипотез состояла в том, вероятно, эта группа также подвержена включению в новшества и рискованные практики поколения Z, например, в телесные: увлечение пирсингом, косметическими процедурами, диетами, ночными прогулками, ранним сексом и др. Это предположение подтверждено и именно по этим событиям коэффициент корреляции Пирсона наиболее высок по сравнению с иными эпизодами:

«Я сделал(а) себе пирсинг» – 0,601;

«Я сделал(а) себе татуировку» – 0,565;

«Я сам(а) купил(а) противозачаточные средства» – 0,443.

Проводя сравнение по иным событиям, мы констатировали, что есть различия между теми, кто считал и после 18-летия, что их детство не завершилось, и теми, кто смог четко разграничить этот субъективный порог взрослости.

Таблица 5.

Взаимосвязь возраста окончания детства и обращения к психотерапевту

Границы окончания детства	Возраст наступления события обращения к психотерапевту, среднее арифм. (станд. откл.)	Мода	Медиана
Детство закончилось с совершеннолетием	14,6	18	15
Детство не закончилось с совершеннолетием	13,7	17	15

Обращает на себя внимание закономерность между субъективным восприятием границ детства и возрастом первого обращения за психотерапевтической помощью. Так, средние значения демонстрируют разницу почти в 1 год (14,6 против 13,7 лет) между группами. Респонденты, которые к 18 годам воспринимают свое детство как завершённый этап, в среднем обращались к специалистам позже, чем те, кто считает, что их детство еще не закончилось. Это может свидетельствовать о том, что ощущение «продленного детства» связано с более ранним поиском внешней поддержки, возможно, из-за более длительного периода зависимости от взрослых или сохранения детских паттернов совладания со стрессом. Респонденты, указавшие, что их детство закончилось, откладывают обращение за психологической помощью на более поздний срок, возможно, пытаясь справиться самостоятельно. Этот вывод подтверждается модальными значениями: 18 лет в первой группе и 17 лет во второй. Таким образом, наиболее типичный возраст обращения к психотерапевту в группе с «завершённым»

детством приходится на момент совершеннолетия, тогда как во второй группе пик обращений сдвигается на год раньше. Это может отражать различную готовность к самостоятельному решению психологических проблем.

Мы также пытались найти некоторые события детской жизни, которые способствуют формированию жизнеустойчивости подростков. Не подтвердились наши предположения, что участие в общественно-значимых активностях (волонтерской деятельности и общественных официальных организациях) могут нести поддерживающую функцию при сложных ситуациях взросления, требующих обращения к психотерапевтам. Еще одна первичная гипотеза для эмпирического сравнения состояла в том, что наличие домашнего питомца может стать сдерживающим фактором обращаемости, но мы убедились в ее ошибочности.

Однако, нами зафиксировано значимое различие между событием религиозной социализации и исследуемого нами факта дебютного обращения. Среди тех, кто в период своего детства осознал свою религиозную идентичность, обращаемость за психотерапевтической помощью меньше.

Таблица 6.

Взаимосвязь осознания принадлежности к определенной конфессии в детстве с посещением психотерапевта

Посещение психотерапевта	Осознали в детстве, что принадлежат к определенной конфессии	Не осознали в детстве, что принадлежат к определенной конфессии
Произошло, чел.	163	51
Произошло, %	16,8%	21,4
Не произошло, чел.	809	187
Не произошло, %	83,2	78,6%
Всего, чел.	972	238

Обсуждение, выводы и перспективы исследований. Обращение за психотерапевтической помощью детьми как самостоятельными акторами еще недостаточно исследовано, есть работы, которые посвящены подросткам 14-17 лет и установлено: в этой группе Z сегодня распространена копинг-стратегия через посещения или онлайн-общения со специалистами в сфере ментального здоровья. Мы смогли определить, в каком возрасте впервые начинают российские дети обращаться за помощью к профессионалам-специалистам, от чего зависит дебют обращения за помощью, а также взаимосвязь этой копинг-стратегии с некоторыми другими возможными практиками поддержки своего психического здоровья.

Проведя исследование, мы солидаризируемся с позицией о значимости гендерного и поселенческого фактора, но выявляем новые зависимости от со-

става семьи и ее материально-экономического статуса, а также уточняем связь с местом проживания в детстве.

Наше исследование показывает сложную, парадоксальную картину, где группы респондентов с высоким и низким доходом родительской семьи демонстрируют разную динамику. Это может говорить о нелинейном характере связи между материально-экономическим положением родительской семьи и практиками заботы о психическом здоровье, включая дополнительные копинг-стратегии помимо помощи психотерапевтов. Зафиксированные различия демонстрируют, что высокое материально-экономическое положение родительской семьи не влияет на увеличение доли обращающихся за помощью, но дебют этого события происходит значимо раньше. Низкий доход, вероятно, может считаться косвенным фактором риска, влияющим на ментальное здоровье. Данный вывод актуализирует необходимость создания доступной системы психологической помощи для детей из всех социально-экономических групп, и особенно для семей с низкими доходами.

Мы обнаружили определенную факторную нагрузку разных событий детства, влияния жизненного пути юного человека, его жизнедеятельности в разных сферах на дебют обращения за помощью. Предикторами обращения является факт переживания сексуального насилия, сексуальных притязаний, а также некоторых форм конфликтов с родителями.

Вывод, сделанный ранее в статье, о том, что старший подростковый возраст (14-15 лет) является ключевым периодом дебюта обращаемости за психологической помощью, независимо от субъективного восприятия границ детства, подтверждается тем, что половина всех обращений в обеих группах происходит к 15 годам (медиана равна 15 в обеих группах). Таким образом, можно констатировать, что респонденты, не сепарировавшиеся от родительской семьи к 18 годам (вариант ответа «Детство не закончилось»), чаще склонны к поиску внешней поддержки в более раннем возрасте, чем те, кто заявил о завершении периода детства и, соответственно, позже обращается к специалистам за психологической помощью, что может быть связано с попытками самостоятельного совладания с трудностями. В то же время, сам феномен обращения к психотерапевту имеет общие возрастные закономерности, не зависящие от субъективной оценки периода детства респондентами, что подтверждается медианным равенством. Восприятие собственного детства как счастливого может рассматриваться как важный защитный (буферный) фактор, снижающий уязвимость к психологическим проблемам и потребность в профессиональной помощи.

Наше исследование не позволяет дать характеристики воспроизводимости первого опыта. Отдельного исследования требует и проблема развития психологической и психотерапевтической поддержки детей в ситуации глобальных кризисов и состояния неопределенности [13].

Полученные данные могут быть конвертированы в конкретные решения и приемы инфраструктуры поддержки психического здоровья детей. Так, поскольку мы знаем возраст дебюта обращаемости за такой помощью, ясно, что информировать о каналах и возможностях получения такой помощи необходи-

мо до этого возраста. Мы уточняем и необходимость направленности просветительской деятельности на детей сельских территорий.

Обнаруженная взаимосвязь потребности в помощи и некоторых телесных практик, позволяет предположить, что последние могут в определенной степени сигнализировать родителям и педагогам о неустойчивом ментальном состоянии подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березина А.А., Каликова Ю.В. Отношение современной молодежи к психологической помощи // Наукосфера. 2022. № 1-1. С. 102-104.

2. Бузин В.Н., Бузина Т.С. Оценка населением доступности психологической помощи: социологическое исследование // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. № 68(1). URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1347/30/lang,ru/http://vestnik.mednet.ru/content/view/1347/30/lang,ru/> (дата обращения 04.08.2026)

3. Губанова А.Ю. Изучение детско-подростковой аудитории в Интернете: преимущества и недостатки онлайн-опросов // Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение». 2018. № 4 (14). С. 128–133. doi: 10.28995/2073-6401-2018-4-128-133

4. Ключко О.И. Концепция гендерной ментальности как методологическое основание гендерного подхода в социально-психологическом исследовании // Социальная психология и общество. 2022. Т. 13, № 4. С. 13–29. doi 10.17759/sps.2022130402. EDN KGYQNG

5. 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.

6. Кученкова А.В., Майорова-Щеглова С.Н. Счастливое детство: поиск информативной системы признаков сквозь призму событийности // Социологическая наука и социальная практика. 2024. Т. 12, № 3. С. 125–149. doi 10.19181/snsp.2024.12.3.6. EDN OONHMX.

7. Кучмаева О.В., Давлетшина Л.А. Характеристика доступности психологической помощи для детей и их родителей (по данным деятельности детского телефона доверия) // Вестник университета. 2023. № 10. С. 236-244.

8. Майорова-Щеглова С.Н., Колосова Е.А., Губанова А.Ю. Событийность детства: к вопросу об эмпирических доказательствах новой теории поколений // Социологические исследования. 2020. № 3. С. 3–15. URL: <https://elibrary.ru/HFGNTT> doi: <https://doi.org/10.31857/S013216250008796-8>

9. Ноздрина Н.А., Докуева Х.А. Возможности оказания психологической помощи подросткам с помощью инструментов телемедицины // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. № 5 (11). С. 314-319.

10. Плутков Л.Е. Социологические перспективы изучения обращаемости за психологической помощью // Общество: социология, психология, педагогика. 2023. № 12 (116). С. 51-56.

11. Плутков Л.Е. Половая специфика обращения российских подростков за профессиональной психологической помощью // Социодинамика. 2023. № 10.

C.44-57.

12. Резун Е.В., Слободская Е.Р. Обращения подростков за помощью в период глобального кризиса // Психологический журнал. 2025. Т. 46. № 2. С. 60-71.

13. Резун Е.В., Слободская Е.Р., Семенова Н.Б., Риппинен Т.О. Проблемы психического здоровья и обращение за помощью среди подростков // Сибирский психологический журнал. 2021. № 79. С.189-202.

14. Савина Е.А., Эстерле А.Е., Савенкова И.А., Овсяникова Е.А., Худаева М.Ю. Исследование психологических проблем и потребности в консультации педагога-психолога у школьников 7-х, 9-х и 11-х классов // Психологическая наука и образование. 2019. № 4 (24). С. 100.

REFERENCES

1. Berezina A.A., Kalikova Yu.V. Otnoshenie sovremennoj molodyozhi k psikhologicheskoy pomoshhi // Naukosfera. 2022. # 1-1. S. 102-104.

2. Buzin V.N., Buzina T.S. Oczenka naseleniem dostupnosti psikhologicheskoy pomoshhi: socziologicheskoe issledovanie // Soczial'ny'e aspekty` zdorov'ya naseleniya. 2022. # 68(1). URL:[http://vestnik.mednet.ru/content/view/1347/30/lang.ru/http://vestnik.mednet.ru/content/view/1347/30/lang.ru/ \(data obrashheniya 04.08.2026\)](http://vestnik.mednet.ru/content/view/1347/30/lang.ru/http://vestnik.mednet.ru/content/view/1347/30/lang.ru/(data+obrashheniya+04.08.2026))

3. Gubanova A.Yu. Izuchenie detsko-podrostkovoj auditorii v Internetе: preimushhestva i nedostatki onlajn-oprosov // Vestnik RGGU. Seriya «Filosofiya. Socziologiya. Iskuststvovedenie». 2018. # 4 (14). S. 128–133. doi: 10.28995/2073-6401-2018-4-128-133

4. Klyuchko O.I. Konceptczia gendernoj mental`nosti kak metodologicheskoe osnovanie gendernogo podkhoda v soczial`no-psikhologicheskom issledovanii // Soczial'naya psikhologiya i obshhestvo. 2022. T. 13, # 4. S. 13–29. doi 10.17759/sps.2022130402. EDN KGYQNG

5. 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.

6. Kuchenkova A.V., Majorova-Shheglova S.N. Schastlivoe detstvo: poisk informativnoj sistemy` priznakov skvoz` prizmu sobyt'ijnosti // Socziologicheskaya nauka i soczial'naya praktika. 2024. T. 12, # 3. S. 125–149. doi 10.19181/snsp.2024.12.3.6. EDN OONHMX.

7. Kuchmaeva O.V., Davletshina L.A. Kharakteristika dostupnosti psikhologicheskoy pomoshhi dlya detej i ikh roditelej (po dannym`m deyatel`nosti detskogo telefona doveriya) // Vestnik universiteta. 2023. # 10. S. 236-244.

8. Majorova-Shheglova S.N., Kolosova E.A., Gubanova A.Yu. Sobytiynost` detstva: k voprosu ob e`mpiricheskikh dokazatel'stvakh novoj teorii generaczij // Socziologicheskie issledovaniya. 2020. # 3. S. 3–15. URL: <https://elibrary.ru/HFGNTT> doi: <https://doi.org/10.31857/S013216250008796-8>

9. Nozdrina N.A., Dokueva Kh.A. Vozmozhnosti okazaniya psikhologicheskoy pomoshhi podrostkam s pomoshh`yu instrumentov telemediciny` // Psikhologiya. Istoriko kriticheskie obzory` i sovremennye` issledovaniya. 2022. # 5 (11). S. 314-319.

10. Plutov L.E. Socziologicheskie perspektivy` izucheniya obrashhaemosti za

psikhologicheskoy pomoshh`yu // Obshchestvo: sociologiya, psikhologiya, pedagogika. 2023. # 12 (116). S. 51-56.

11. Plutov L.E. Polovaya speczifika obrashheniya rossijskikh podrostkov za professional`noj psikhologicheskoy pomoshh`yu // Socziodinamika. 2023. # 10. S.44-57.

12. Rezun E.V., Slobodskaya E.R. Obrashheniya podrostkov za pomoshh`yu v period global`nogo krizisa // Psikhologicheskij zhurnal. 2025. T. 46. # 2. S. 60-71.

13. Rezun E.V., Slobodskaya E.R., Semenova N.B., Rippinen T.O. Problemy` psikhicheskogo zdorov`ya i obrashhenie za pomoshh`yu sredi podrostkov // Sibirskij psikhologicheskij zhurnal. 2021. # 79. S.189-202.

14. Savina E.A., E`sterle A.E., Savenkova I.A., Ovsysanikova E.A., Khudaeva M.Yu. Issledovanie psikhologicheskikh problem i potrebnosti v konsultaczii pedagoga-psikhologa u shkol`nikov 7-kh, 9-kh i 11-kh klassov // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2019. # 4 (24). S. 100.

15. Gofman A.V., Kapustina V.A. Resilience in Adolescents Depending on Their Role in Bullying Situations. Education & Pedagogy Journal. 2025;1(13):58-72. doi: 10.23951/2782-2575-2025-1-58-72

16. Sousa M., Pedras S., Cruz S. Anxiety, Life Satisfaction, and Depression in School-Aged Children: Life Satisfaction as a Protective Factor. Journal of Child and Family Studies. 2026.

S.N. Mayorova-Shcheglova¹, A.Yu. Gubanova²

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDREN'S APPEALS FOR PSYCHOTHERAPEUTIC HELP AND EVENTS IN CHILDREN'S LIFE

¹Moscow State University of Psychology and Education, ²Russian State University for the Humanities (Moscow).

Summary. This article explores the potential for analyzing the event of initial contact with psychological help in relation to other childhood events. Research into the eventfulness of childhood reflects current research interests: the study of mental health using the ideas of the new sociology of childhood, which recognizes the significance of children's social actions as actors in their own lives. The empirical basis was data from the «Eventfulness of Childhood» study (2023), which involved 1,210 respondents aged 18-19. A comparative analysis of two groups of respondents—those with and without experience seeking help—made it possible to identify sociodemographic and event-related factors for this social action. The average age of first seeking psychotherapy is 14.5 years. Correlation analysis revealed that the experience of seeking help is statistically significantly associated with an earlier onset of 14 childhood events, grouped into categories: traumatic episodes (sexual abuse, conflicts with parents), body image practices (piercing, tattoos), separation processes, and civic activism. These findings suggest the need to inform children and adolescents about mental health support channels and to focus preventative efforts, particularly in rural areas and among the 12-14 age group.

Keywords: children, mental health, childhood events, help-seeking behavior, factors of children's well-being/adversity.

Резюме. Завершенные суициды подростков – многофакторная и актуальная проблема современного общества, сложность которой лежит в плоскости до конца не изученной патологии нейрохимических механизмов. Цель настоящей работы – исследование и оценка значения биологических триггеров в суицидальном поведении на примере клинического случая завершенного суицида подростка. Выводы: факторами повышенного суицидального риска, помимо определенных личностных акцентуаций и социальной дизадаптации, являются такие биологические провокации, как: 1. отягощенная наследственность; 2. затяжные хронические аутоиммунные заболевания с периодами обострения; 3. соматическое неблагополучие на инициальном этапе депрессивного расстройства и во время тяжелого депрессивного эпизода.

Ключевые слова: суицидальное поведение (завершенный суицид), подростковый суицид, аутоиммунный тиреоидит, дисфункция щитовидной железы, биомаркеры воспаления (С-реактивный белок и интерлейкин-6).

Введение. Актуальность поиска предикторов суицидального поведения у подростков не оставляет сомнений с связи с тем, что в этом возрастном периоде самоубийства занимают одно из первых мест среди всех причин смерти [7]. В возрасте от 12 до 17 лет отмечается стремительное нарастание суицидальных мыслей и поведения, при этом установлено, что временной интервал между первыми высказываниями о самоубийстве и первой попыткой составляет около 2 лет [8]. Наиболее опасный возраст совершения суицида - поздний пубертат (15-19 лет) [9].

Вопреки существующему мнению, что суицидальное поведение у подростков носит преимущественно демонстративный характер и направлено на привлечение внимания значимых близких, результаты проведенного исследования [6] показывают, что именно желание смерти является ведущей причиной суицида. При этом основными переживаниями подростков, сопряженными с высоким суицидальным риском, являются чувство безысходности, безнадежности, утраты надежды на будущее [13], что определяет необходимость проведение скрининговых исследований в отношении развития депрессии.

В настоящее время активно обсуждается концепция «внешнего ключа», которая предполагает роль триггерного фактора, запускающего реализацию суицидального поведения при наличии предрасположенности к нему [3]. Часто такими триггерами становятся социальные причины (проблемы в межличностных детско-родительских, дружеских или партнерских отношениях, учебные трудности), употребление психоактивных веществ [5]. Однако, учитывая биологическую основу суицидального поведения [4], нельзя забывать о провоцирующей роли соматиче-

ского неблагополучия, которое может быть представлено как острыми воспалительными процессами, так и аутоиммунными или гормональными нарушениями.

Целью настоящего исследования является описание и психопатологический анализ случая завершенного суицида у подростка с выявлением клинических предикторов, по которым было бы возможно раннее распознавание суицидального намерения.

Клинический случай. Подросток С., 17 лет 17 октября 2024 г. совершил суицид через повешение. Следственный комитет причину суицида установить не смог, внешних причин не усмотрено.

Анамнез. Наследственность отягощена суицидом у деда по линии матери в возрасте 53 лет. Он был рабочим, в 48 лет во время работы лишился кисти руки, тяжело переживал увечье, высказывал идеи ненужности, неполноценности, бессмысленности жизни. В последние годы жизни страдал алкоголизмом.

Пациент родился от третьей нормально протекавшей беременности, вторых физиологических родов. Вес при рождении 4300 г, длина тела 56 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Из роддома выписан на 7 сутки. Раннее развитие по возрасту, ходить и говорить начал своевременно. Привит по возрасту. По характеру формировался спокойным, «удобным» ребенком, мог себя занять, подолгу играл сам с собой, мог длительно (целыми днями) собирать конструктор.

С 1,5 лет стал посещать частный детский сад, период адаптации протекал спокойно, но интереса к совместным играм с детьми не проявлял, предпочитал играть в одиночестве.

В 3 года перенес развод родителей, внешне на него никак не отреагировал. В дальнейшем сформировалась привязанность к старшему брату, который был для него «как отец», делился с ним своими переживаниями, просил совета.

В 5 лет перенес циркумцизию по религиозным соображениям. Состояние после оперативного вмешательства не изменялось.

В возрасте 6 лет не мог спать один в комнате, обнаружились страхи темноты и одиночества.

В 7 лет был госпитализирован в урологическое отделение с жалобами на увеличение правой половины мошонки, выставлен диагноз «Сообщающаяся водянка оболочек правого яичка», выявлена РНК вируса гепатита С. Было рекомендовано пересдать анализ, в последующем РНК не определялась. Тогда же были обнаружены антитиреоидные антитела, установлен диагноз «Аутоиммунный тиреоидит». Проводился курс лечения L-тироксина 25 мг/сут в течение 7 лет. В 2021 г. (14 лет) титр антител к тиреоидной пероксидазе и тиреоглобулину снизился, после чего L-тироксин был отменен.

В общее образовательное учреждение пошел с 7 лет. Был активным, разговорчивым, не удерживал дистанцию с преподавателями. Привязался к учительнице, нуждался в тактильном контакте с ней, любил, когда она его обнимала. С программой справлялся хорошо. Дополнительно занимался в спортивных секциях. Занимался каратэ и плаванием. От секции каратэ отказался на этапе спаррингов, так как не хотел вступать в физический контакт с противником. Отказывался участвовать в соревнованиях, избегал соперничества. Было два близких друга, иг-

рал с ними в активные игры. В 3 классе сменился преподаватель, из-за чего мальчик начал проявлять оппозицию к новой учительнице, в лицо заявлял, что она «плюется» и «речь у нее нечеткая», он «не понимает, что она говорит». При попытке разрешить конфликт заявлял, что не пойдет на уступки, «либо она, либо я». По рекомендации преподавателей посещал занятия со школьным психологом, который выявил трудности адаптации и недостаточность «эмоциональной опоры» у ребенка. Курс психокоррекционных занятий оказал положительный эффект на поведение пробанда, конфликтов с учителем более не возникало.

В 5 классе перешел в математический лицей, с нагрузкой справлялся, принимал участие в математических олимпиадах. В 11 лет продал детские игрушки, купил комплектующие и самостоятельно собрал компьютер. Через год на деньги, вырученные от продажи компьютера, создал сайт и вместе с другом начал разрабатывать дополнительные функции для компьютерных игр. С 12 лет начал самостоятельно зарабатывать, нанимал сотрудников в свою фирму, платил им зарплату. В 13 лет увлекся смартфонами, много читал про новинки рынка. В технических магазинах по своей инициативе подходил к покупателям, рекомендовал им различные модели. Был активным, деятельным. Продолжал проводить время с друзьями. Интересы к девушкам не демонстрировал. Периодически возникали конфликты с учителями, когда безапелляционно отстаивал свою точку зрения, спорил с ними. По этой причине были вызовы к директору.

В 2019 г. (12 лет) начал жаловаться на головные боли, тремор пальцев рук. Консультировался у невролога, был выставлен диагноз «Вегетососудистая дистония», принимал курс ноотропов, витаминотерапию с положительным эффектом.

В марте 2021 г. (14 лет) сообщил матери, что подозревает у себя депрессию. Обратились к педиатру, был назначен анализ крови, по результатам выявлены антитела IgG к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр и к вирусу простого герпеса 6 типа. Анализ на РНК вируса гепатита С – отрицательный. Была рекомендована консультация психолога, но в связи со спонтанным улучшением состояния к психологу не обращались, терапия не проводилась.

В 15 лет выпустил три онлайн-игры, которые были размещены на маркет-плейсах, за которые стал ежемесячно получать около 1000 долларов. Запрещал родственникам рассказывать кому-либо о своих успехах. С этого возраста начал меняться в поведении, стал малообщительным, замкнутым, «закрылся», ограничил контакт с прежними друзьями. Возникали эпизоды немотивированной раздражительности, вспыльчивости, на которые обращали внимание окружающие. Стал прогуливать занятия в школе, перестал выполнять домашние задания, однако государственный экзамен после 9 класса сдал на высокие баллы. В этом возрасте (15 лет) впервые начал высказывать матери переживания «о бессмысленности существования, непонимании смысла жизни», в связи с чем был обследован у психиатра. На приеме был контактен, жалоб не предъявлял. На вопрос о суицидальных мыслях, сказал, что высказывает их с манипулятивной целью – «мама тогда меньше давит на меня». Психотерапевтическое и психотерапевтическое лечение не было назначено.

В 15 лет настоял на создании IT-класса, для чего организовал поиск желающих

щих и сбор подписей со всех классов параллели, где и продолжил обучение в 10 классе. Тем не менее, продолжал пропускать занятия. Негативно отзывался о преподавателях. Возник конфликт с преподавателем физкультуры, который в присутствии других учеников сделал акцент на неловко выполненное упражнение. После этого в течение недели не посещал школу. В последующем отказался ходить на уроки физкультуры, самостоятельно покупал справки о медицинских противопоказаниях к занятиям. Много времени уделял разработке компьютерных игр. Мать заметила, что в интернете изучает информацию об СДВГ и аутизме.

Осенью 2023 г. (16 лет) прислал другу фотографию веревки и описание способа совершения суицида через повешение. По инициативе матери повторно обратился к психиатру. На приеме поддерживал только формальный контакт, свои переживания не раскрывал, на работу с психологом настроен не был. Психофармакологическое лечение и психологическая коррекция не проводились. Школу посещал еще реже, основное время проводил за разработкой компьютерных игр. Инициативы в общении с друзьями не проявлял, гулять выходил по приглашению, общался только по необходимости, в основном по вопросам разработки компьютерных игр. В апреле 2024 г. повторно сдавал анализы на аутоиммунные антитела, выявлено нарастание титров. К эндокринологу не обращался, лечение не проводилось. В августе 2024 г. по инициативе матери проведена МРТ головы, патологии не выявлено.

В сентябре 2024 г. приступил к обучению в 11 классе. Изменений поведения в течение сентября-начала октября окружающие не замечали. По-прежнему пропускал занятия в школе.

Вечером 16 октября 2024 г. вышел на прогулку с друзьями. Жаловался на признаки вирусной инфекции (легкое недомогание, насморк). В остальном поведение было обычным, суицидальные мысли не высказывал.

Утром 17 октября 2024 г. позволил матери зайти к нему в комнату, что ранее не разрешал делать. С ее слов, сидел за столом в расстегнутой рубашке с низко наклоненной головой, руки лежали на коленях. Начал жаловаться на плохое самочувствие, сказал «мне очень плохо, я никуда не пойду», раскрыть суть сказанного не мог. Мать решила, что плохое самочувствие связано с вирусной инфекцией, рекомендовала соблюдать постельный режим. С 15 до 16 часов отвечал матери в мессенджерах. После 16 часов на связь не выходил. В районе 19 часов мать вернулась с работы домой, обнаружила пробанда повешенным в своей комнате.

Обсуждение. Несмотря на повторное обращение к психиатрам и заключение следственного комитета об отсутствии причины суицида, с высокой долей вероятности можно предположить наличие затяжного депрессивного состояния. Известно, что в возрасте 14 лет впервые сообщил матери о подозрении у себя депрессивного состояния. С 15 лет отчетливо изменилось поведение: ограничил контакты с прежними друзьями, с братом, к которому всегда был привязан, высказывал идеи о бессмысленности существования. Также обращают на себя внимание эпизоды раздражительности, во время чего конфликтовал со сверстниками и преподавателями. В этом возрасте впервые обратился к психиатру, которому объяснил суицидальные мысли демонстративно-шантажными целями. Депрессивное состояние распознано

не было, терапия не назначалась. Тем не менее состояние продолжало ухудшаться – в 16 лет впервые дал понять другу о существовании суицидальных намерений. На повторном приеме у психиатра продуктивному контакту был малодоступен, формально отвечал на вопросы, в своих переживаниях не раскрывался. И снова диагноз установлен не был, лечение не проводилось.

Следует отметить, что в настоящем клиническом случае в роли триггера можно рассматривать соматическую провокацию – обострение аутоиммунного тиреоидита с апреля 2024 г. и острую вирусную инфекцию накануне совершения суицида.

Результаты проведенного метаанализа установили роль дисфункции щитовидной железы в реализации суицидального поведения [12], а биомаркеры воспаления (С-реактивный белок и интерлейкин-6), повышение концентрации которых сопровождают вирусные инфекции, опосредуют нарастание депрессивной симптоматики [10].

Значимость соматического фактора в реализации суицидального поведения косвенно можно подтвердить наличием функциональных соматических жалоб на инициальном этапе депрессивного состояния, когда в 12 лет впервые появились головные боли и тремор пальцев рук.

Преморбидная личность со стеничными шизоидными и аутистическими тенденциями, а также склонностью к образованию сверхценных идей определила, во-первых, малую доступность в отношении своих переживаний на повторных консультациях у психиатра, а во-вторых, некое «маскирование» депрессивного состояния парциальной активностью в сфере своих увлечений. Так, уже находясь в депрессивном состоянии, подросток проявлял настойчивость при создании необходимого ему IT-класса, занимался программированием, во время чего отмечалось заметное послабление депрессивной симптоматики и ложное впечатление стабилизации состояния.

Ретроспективная психопатологическая оценка состояния подростка позволяет выявить признаки суицидальной готовности [1, 2]: эпизоды раздражительности, приводящие к конфликтам с учителями, по поводу которых мать вызывали в школу, стремление к уединению, замкнутость и поддержание лишь формального контакта с прежними друзьями, нарушения сна, о чем можно судить, т. к. в ночь накануне суицида не раздевался, а также внезапное, хотя и прошедшее незамеченным, изменение в поведении, когда подросток допустил мать в свою комнату, что категорически запрещал ранее.

Также отягощение наследственности завершенным суицидом у деда можно считать генетическим вкладом в формирование риска самоубийства у подростка [11].

Таким образом, можно предположить, что в настоящем клиническом случае речь идет о не диагностированном затяжном депрессивном состоянии у личности из круга стеничных шизоидов. Триггером совершения суицида можно считать соматическую провокацию с обострением аутоиммунного тиреоидита и развитием острой вирусной инфекции.

Заключение. Приведенный клинический случай должен сформировать настороженность специалистов в области психического здоровья в отношении

своевременной диагностики подростковых депрессий с учетом особенностей клинической картины, маскированием депрессивной симптоматики сверхценными увлечениями, влиянием преморбидных черт личности на доступность в отношении своих переживаний, наследственной отягощенности и влиянии соматических триггерных факторов. Раннее распознавание депрессии и назначение терапии являются основными мероприятиями в превенции подростковых суицидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батуева Н.Г., Березанцев А.Ю., Тудупова Т.Ц. Завершенные суициды у детей и подростков: клинко-психологический анализ // Живая психология. 2022. Т. 9, № 4 (36). С. 11-19. doi: 10.58551/24136522_2022_9_4_11
2. Гарданова Ж.Р., Есаулов В.И., Седова Е.О. с соавт. Гендерные особенности факторов риска суицидального поведения у подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2020. Т. 16, № 4 (89). С. 131-150. doi: 10.33029/1816-2134-2020-16-4-131-150
3. Зотов П.Б. «Внешний ключ» – как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков // Тюменский медицинский журнал. 2013. № 3. С. 42–44.
4. Омельченко М.А., Ключник Т.П., Ободзинская Т.Е., Генералов В.О. Нейробиологические основы суицидального поведения у подростков // Ж. Неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2025. Т. 125, № 10-2. С. 5-11. doi: 10.17116/jnevro20251251025
5. Почтарькова Т.П., Пашенко В.В. Проблема подросткового суицида // Наука и Образование. 2022. Т. 5, № 2. <https://www.vestnik-nauki.rf/article/4656?ysclid=mae0r7mp3j681896678>

REFERENCESS

1. Batueva N.G., Berezanczev A.Yu., Tudupova T.Cz. Zavershenny`e suicidy` u detej i podrostkov: kliniko-psikhologicheskij analiz // Zhivaya psikhologiya. 2022. T. 9, # 4 (36). S. 11-19. doi: 10.58551/24136522_2022_9_4_11
2. Gardanova Zh.R., Esaulov V.I., Sedova E.O. s soavt. Genderny`e osobennosti faktorov riska suiczidal`nogo povedeniya u podrostkov // Reproduktivnoe zdorov`e detej i podrostkov. 2020. T. 16, # 4 (89). S. 131-150. doi: 10.33029/1816-2134-2020-16-4-131-150
3. Zotov P.B. «Vneshnij klyuch» – kak e`lement suiczidal`noj dinamiki i ob`ekt psikhologicheskogo vozdejstviya u podrostkov // Tyumenskij mediczinskij zhurnal. 2013. # 3. S. 42–44.
4. Omel`chenko M.A., Klyushnik T.P., Obodzinskaya T.E., Generalov V.O. Nejrobiologicheskie osnovy` suiczidal`nogo povedeniya u podrostkov // Zh. Nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2025. T. 125, # 10-2. S. 5-11. doi: 10.17116/jnevro20251251025
5. Pochtar`kova T.P., Pashhenko V.V. Problema podrostkovogo suiczida // Nauka i Obrazovanie. 2022. T. 5, # 2. <https://www.vestnik-nauki.rf/article/4656?ysclid=mae0r7mp3j681896678>
6. Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.

1998 Dec;37(12):1287-93. doi: 10.1097/00004583-199812000-00012

7. Center for Disease Control and Prevention (CDC) Web-based Injury Statistics Query and Reporting System 2017. Retrieved January 26, 2017. https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal_injury_reports.html

8. Glenn C.R., Lanzillo E.C., Esposito E.C. et al. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017. № 45 (5). P. 971–983. doi: 10.1007/s10802-016-0214-0

9. Hink A.B., Killings X., Bhatt A., Ridings L.E., Andrews A.L. Adolescent suicide-understanding unique risks and opportunities for trauma centers to recognize, intervene, and prevent a leading cause of death // *Curr Trauma Rep*. 2022. № 8 (2). P. 341-353. doi: 10.1007/s40719-022-00223-7

10. Latham R.M., Kieling C., Arseneault L. et al. Longitudinal associations between adolescents' individualised risk for depression and inflammation in a UK cohort study // *Brain Behav Immun*. 2022. Mar. (101). P. 78-83. doi: 10.1016/j.bbi.2021.12.027

11. Tidemalm D., Runeson B., Waern M., Frisell T., Carlström E., Lichtenstein P. & Långström. Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals // *Psychological Medicine*. 2011. № 41 (12). P. 2527–2534. doi: 10.1017/S0033291711000833

12. Toloza F.J.K., Mao Y., Menon L. et al. Association of thyroid function with suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis // *Medicina (Kaunas)*. 2021. Jul 15. № 57 (7). P. 714. doi: 10.3390/medicina57070714

13. Williams J.M.G., Pollock L.R. Psychological aspects of the suicidal process. In: van Heeringen K., editor. *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester. Wiley, 2001. P. 76–94.

T.V. Ivashchenko¹, M.A. Omelchenko², V.O.Generalov²

PREDICTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

¹Center for Psychotherapy (Ufa), ²Medline LLC, «Planetamed» clinic network (Moscow).

Summary. Adolescent completed suicide represents a multifactorial and pressing issue in contemporary society, the complexity of which stems from the incompletely understood pathology of neurochemical mechanisms. The aim of this paper is to investigate and evaluate the role of biological triggers in suicidal behavior, illustrated by a clinical case of completed suicide in an adolescent. Conclusion: In addition to certain personality accentuations and social maladjustment, factors contributing to an elevated suicide risk include the following biological triggers: 1. a positive family history; 2. chronic autoimmune disorders with a prolonged course and periodic exacerbations; 3. somatic distress at the initial stage of a depressive disorder and during severe depressive episodes.

Keywords: suicidal behavior (completed suicide), adolescent suicide, autoimmune thyroiditis, thyroid dysfunction, inflammatory biomarkers (C-reactive protein and interleukin-6).

УДК 614.253.81

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ БИОЛОГИЧЕСКИХ
ПРЕДПОСЫЛОК ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНОГО
ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ²**

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» (Москва).

Резюме. Статья посвящена анализу текущих достижений в изучении биологических предпосылок формирования пограничного личностного расстройства с началом в подростковом возрасте, позволяющему говорить о накоплении достаточных доказательств существенной роли биологических факторов в его возникновении в данной возрастной группе. В контексте фактора развития имеющиеся эмпирические данные поддерживают перспективные модели, рассматривающие пограничное личностное расстройство у подростков как результат комплексного и реципрокного взаимодействия биологических и средовых факторов во временной перспективе с появлением фенотипических прекурсоров и симптомов-предшественников пограничного личностного расстройства уже в детстве или в начале пубертата в противовес возникновению *de novo* во взрослом возрасте.

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, подростки, развитие, биологические предпосылки, наследственность.

Несмотря на существующие в МКБ-10 формальные препятствия для диагностики расстройств личности у больных, не достигших 18 лет, накопившийся корпус данных отечественных и зарубежных авторов указывает на возможность формирования устойчивых форм патохарактерологического реагирования с началом в подростковом возрасте как фенотипической основы личностной патологии у взрослых [1, 6]. В текущем «временном срезе», в контексте принятия профессиональным международным сообществом современных классификационных систем, данная категория больных вызывает все возрастающий интерес как с клинических, так и с теоретических позиций, включая подростков, соответствующих диагностическим критериям пограничного личностного расстройства (ПЛР) по ДСМ-5 и МКБ-11 [8].

Итогом беспрецедентного увеличения за последние два десятилетия публикационной активности в отношении ПЛР у подростков стало окончательное признание валидности данного клинического конструкта с появлением соответствующих международных гайдлайнов (NICE, 2009; IACAPAP, 2012), учитывающих осно-

²Работа выполнена в рамках Государственного задания «Разработка медицинского изделия в виде специального программного обеспечения, предназначенного для помощи в принятии решений по скринингу, комплексной дифференциальной диагностике и лечению социально-стрессовых расстройств в разные возрастные периоды». Регистрационный номер: 124020800060-1

ванные на доказательном подходе особенности диагностики и курации данного психического расстройства в подростковом возрасте. В целом ряде исследований была показана его высокая распространенность в общей популяции, достигающая 3-6%, а в клинических выборках – 11-33% среди амбулаторных пациентов и 43–49% среди стационарных больных [13].

Одной из наиболее значимых тенденций изучения различных аспектов ПЛР у подростков можно считать усилившееся внимание к биологическим основам его формирования в контексте фактора развития и поиска эмпирических данных в поддержку стресс-диатез модели, рассматривающей ПЛР как результат комплексного взаимодействия биологических и средовых факторов в долгосрочной перспективе, начиная с ранних этапов развития ребенка [7, 12].

На контингентах взрослых больных с ПЛР к настоящему времени не удалось выявить специфических генов, ассоциированных с ПЛР, но показана умеренная роль генетических факторов с показателями наследования от 0.42 до 0.69 [11]. В работе F.L. Coolidge et al. на выборке подростков до 15 лет показан более высокий уровень корреляции с симптомами ПЛР у монозиготных близнецов – $r=0.70$, против 0.39 у дизиготных, с подтвержденным путем моделирования структурных уравнений существенным генетическим компонентом с показателем наследуемости 0,76 [5].

В проспективном исследовании M.A. Bornovalova et al. оценивались уровни наследования в четырех дискретных возрастных периодах от 14 до 24 лет. Был выявлен умеренный уровень наследования пограничных черт, в зависимости от возраста составляющий 0,3–0.5 с возрастанием показателя к 14-18 годам. Важно отметить, что это исследование также показало, что стабильность, как и изменение выраженности ПЛР-черт в значительной степени объясняется зависимостью от генетических факторов, и в меньшей степени, но в возрастающей с возрастом ролью, взаимодействием с факторами окружающей среды, что свидетельствует против линейных трактовок биологических детерминант и поддерживает стресс-диатез подход в объяснении механизмов формирования ПЛР в подростковом возрасте [3].

По проведенному D.W. Belsky et al. [2] изучению наследуемости пограничных черт характера у подростков на 1116 парах близнецов до 12 лет данный показатель у монозиготных близнецов составил 0,66 по сравнению с 0,29 у дизиготных близнецов. Также было установлено, что генетические факторы объясняют 66% дисперсии признаков пограничных черт, что предполагает схожую наследуемость в сравнении подростков и взрослых больных с ПЛР. Авторы также убедительно продемонстрировали роль генетической уязвимости в сочетании с экологическими рисками в развитии ПЛР в раннем подростковом возрасте. Сочетание генетического риска с подверженностью жестокому физическому обращению в 13 раз повышало риски оказаться в группе больных с ПЛР с максимальной выраженностью симптомов (>95%). У подростков без генетической предрасположенности, но подвергшихся воздействию суровых методов воспитания, подобный риск был повышен лишь в 2 раза. Аналогичным образом негативное выражение эмоций у матери связано с 15-кратным увеличением риска по сравнению с 5-кратным увеличением для тех детей без генетической уязвимости, кто подвергся воздействию сильно выраженных негативных эмоций.

Помимо поведенческой генетики для определения наследуемости, по крайней

мере, в двух исследованиях использовался молекулярно-генетический дизайн для изучения генетических полиморфизмов, ассоциированных с подростковыми ПЛР. В.L. Hankin et al. [10] использовали две независимые выборки детей в возрасте от 9 до 15 лет для оценки взаимосвязи между геном серотонинового транспортера 5-HTTLPR и симптомами ПЛР. Участники были разделены на группы в соответствии с вариантами гена 5-HTTLPR (2 коротких аллеля; 2 длинных аллеля; или 1 короткий и 1 длинный аллель). Участники с двумя короткими аллелями демонстрировали значительно более выраженные баллы выраженности черт ПЛР по сравнению с носителями двух длинных аллелей. Носители одной короткой и одной длинной аллели демонстрировали умеренную выраженность ПЛР-черт.

Тем самым была показана связь между 5-HTTLPR геном и признаками ПЛР, подтвердив результаты, ранее полученные у взрослых. Носители короткой аллели 5-HTTLPR демонстрировали самые высокие уровни выраженности ПЛР-черт. В дополнение к этому, анализ дискриминантной валидности показал специфическую связь гена 5-HTTLPR именно с признаками ПЛР, но не с симптомами депрессии, которые часто сопровождают больных с ПЛР. Был также сделан вывод об ассоциации данного гена с наличием таких стержневых симптомов ПЛР, как неустойчивость настроения, связанная с эмоциональной дисрегуляцией, повышенная стресс-реактивность и импульсивность [10].

D. Cicchetti et al. изучалась возможная взаимосвязь между геном рецептора окситоцина и FKBP5 и симптомами ПЛР в выборке детей в возрасте от 8 до 12 лет. Авторы выбрали рецепторный ген окситоцина (OXTR) в связи с его связью с такими вариациями в социальном поведении, как привязанность и агрессия; а также ген FKBP5 из-за его роли в патогенезе стресс-связанной психопатологии. Не было обнаружено значимых основных эффектов OXTR или FKBP5 на ПЛР-симптомы у детей, но были выявлены признаки, указывающие на наличие проспективного взаимодействия в триаде ген-окружающая среда-гендер у девочек [4].

На выборках взрослых больных с ПЛР было представлено несколько других генов-кандидатов, таких как триптофангидроксилаза (TPH), 5HT2a, 5HT2c и моноаминоксидаза, которые, вместе с находками для 5-HTTLPR могут вносить свой вклад в генетическую предрасположенность, связанную с аномалиями серотонинергической системы, ассоциированными с формированием ПЛР [9]. Как представляется, дальнейшее развитие данного направления исследований позволит более подробно описать точные биологические механизмы развития в возрастной перспективе эмоциональной дисрегуляции как одного из стержневых признаков ПЛР.

Растет также интерес к нейровизуализационным исследованиям у подростков с ПЛР, гипотезирующим наличие структурных (уменьшение объема) и функциональных нарушений во фронтолимбической сети, включая гиперреактивность областей, участвующих в обработке эмоций (например, островковой коры, миндалин, гиппокампа), и снижение уровня активации процессов регуляторного контроля в соответствующих отделах (например, передняя поясная кора, медиальная лобная кора, орбитофронтальная кора и дорсолатеральная префронтальная кора).

Аналогично данным, полученным на выборках взрослых больных, результаты по меньшей мере 14 нейровизуализационных исследований у подростков

продемонстрировали уменьшение объема фронтолимбической сети, включая орбитофронтальный кортекс и переднюю поясную кору. Несмотря на сохраняющуюся неоднозначность трактовки, эти данные позволяют предположить, что нейробиологические аномалии, наблюдаемые у взрослых с ПЛР, могут быть не только следствием хронической заболеваемости или длительного приема лекарств. Они также дают предварительную поддержку теориям ПЛР, учитывающим фактор нейроразвития и временной динамики нейробиологических особенностей, демонстрируя, что нейробиологические маркеры могут наблюдаться с детства и взаимодействовать с факторами окружающей среды, повышая риск развития ПЛР в популяции подростков[13].

Заключение. Таким образом, анализ текущих подходов и достижений в изучении биологических предпосылок формирования ПЛР с началом в подростковом возрасте позволяет говорить о накоплении достаточных доказательств существенной роли биологических факторов в его возникновении в данной возрастной группе. В контексте фактора развития, имеющиеся эмпирические данные свидетельствуют против линейных трактовок биологических детерминант в объяснении механизмов формирования ПЛР в подростковом возрасте и поддерживают объясняющие модели, рассматривающие ПЛР у подростков как результат комплексного и реципрокного взаимодействия биологических и средовых факторов во временной перспективе с появлением фенотипических прекурсоров и симптомов-предшественников ПЛР уже в детстве или в начале пубертата в противовес возникновению *denovo* во взрослом возрасте.

Естественно предположить, что наметившиеся тенденции будут иметь прикладные последствия, в том числе в плане уменьшения сохраняющегося у ряда специалистов «сопротивления» к установлению данного диагноза у подростков и проведения дальнейших исследований для уточнения патогенетических механизмов и поиску подходов к профилактике и курации, специфичных для подростков с ПЛР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попов Ю.В. Этапы и систематика психопатий и психопатоподобных расстройств непсихотического характера у подростков (многолетнее исследование) // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1985. Т. 85. № 10. С. 1506-1511.

REFERENCES

1. Popov Yu.V. E`tapy` i sistematika psikhopatij i psikhopatopodobny`kh rasstrojstv nepsikhoticheskogo kharaktera u podrostkov (mnogoletnee issledovanie) // Zh. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 1985. T. 85. # 10. S. 1506-1511.

2. Belsky D.W. et al. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children // Dev Psychopathol. 2012. Vol. 24. № 1. P. 251–265.

3. Bornovalova M.A. et al. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study // Dev Psychopathol. 2009. Vol 21. № 4. P.1335–1353.

4. Cicchetti D. et al. Moderation of maltreatment effects on childhood borderline personality symptoms by gender and oxytocin receptor and FK506 binding protein 5 genes // Dev Psychopathol. 2014. Vol. 26, № 3. P. 831–849.

5. Coolidge F.L., Thede, L.L., & Jang, K.L. Heritability of personality disorders

in childhood: A preliminary investigation // Journal of Personality Disorders. 2001. № 15, P. 33-40

6. Coolidge F.L., Thede. L.L., Stewart S.E., Segal D.L. The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI). Preliminary psychometric characteristics // BehavModif. 2002. Sep. Vol. 26, № 4. P. 550-566.

7. Crowell S.E., Beauchaine T.P., Linehan M.M. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending linehan's theory // Psychol. Bull. 2009. № 135. P. 495.

8. Fortunato A., Tanzilli A., Lingardi V., Speranza A.M. Personality Disorders in Childhood: Validity of the Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI) // Int J Environ Res Public Health. 2022. Mar 29. Vol 19. № 7. P.4050

9. Goodman M., Perez-Rodriguez M., Siever L. The neurobiology of adolescent-onset borderline personality disorder / In: Sharp C., Tackett J.L. editors. Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents. New York: Springer. 2014. P. 113–128.

10. Hankin B.L. et al. Association between 5-HTTLPR and borderline personality disorder traits among youth // Front Psychiatry. 2011. №. 2 P. 6.

11. Torgersen S. et al. A twin study of personality disorders // Compr Psychiatry. 2000. Vol 41. № 6. P. 416–425.

12. Winsper C., Lereya S.T., Marwaha S., Thompson A., Eyden J., and Singh S.P. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: a systematic review and meta-analysis // Clin. Psychol. Rev.2016. № 44. P. 13–24.

13. Winsper C, Marwaha S., Lereya S.T., Thompson A., Eyden J., Singh S.P. A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence // Rev Neurosci. 2016. Dec. 1. Vol. 27. № 8. P. 827-847.

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

RECENT ADVANCES IN UNDERSTANDING OF THE BIOLOGICAL UNDERPINNINGS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN ADOLESCENCE

Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky (Moscow).

Summary. In the current paper is highlighted the recent advances in the field of biological aspects of adolescent onset borderline personality disorder (BPD). One of the most significant trends is an emphasis on the biological basis of adolescent BPD and empirical evidence in support of prospective models taken a lifespan approach, proposing that an inborn tendency towards emotionality is potentiated across early development by complex and reciprocal interactions with environmental risk factors over time and further our understanding of the aetiological mechanisms germane to the development of BPD in adolescence that may be considered as the continuation of a collection of BPD precursor symptoms that first emerge during childhood or early adolescence unlikely to appear *de novo* in early adulthood.

Keywords: borderline personality disorder, adolescence, development, biological underpinnings, heritability.

УДК 37.015.31

Е.В. Тимошков¹, А.А. Попова², И.П. Шкрябко², А.А. Арутюнян²
ТЕХНИКА ПАТТЕРНОВ СГИБАНИЯ МОШЕ ФЕЛЬДЕНКРАЙЗА
КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ
У ПОДРОСТКОВ В РАМКАХ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

¹Тихоокеанский государственный университет (Хабаровск), ²Армавирский государственный педагогический университет (Армавир).

Резюме. Статья посвящена проблеме нервно-психического напряжения у подростков в рамках учебного процесса. Авторами исследования использовались диагностический метод Т.А. Немчинова «Шкала нервно-психического напряжения» (НПН), а также метод телесно ориентированной терапии Моше Фельденкрайза. Для статистической обработки полученных результатов использовался t-критерий Стьюдента. В результате проведения эксперимента установлена положительная динамика в применении метода Моше Фельденкрайза. Установлены гендерные различия в применении данного метода у подростков.

Ключевые слова: подросток, нервно-психическое напряжение, телесно-ориентированная терапия, учебный процесс.

Введение. Стремительно меняющаяся обстановка в мире на всех уровнях неизбежно затрагивает различные сферы деятельности человека. В данном контексте сфера образования не является исключением. Учебный процесс в социальной категории подростков также претерпевает постоянно меняющиеся изменения. Нарастающая информационная нагрузка на детей оказывает влияние на общественное и индивидуальное здоровье, в том числе психическое [3].

Основным видом трудовой деятельности у подростков является учеба. Продуктивность индивида зависит не только от его знаний и умений, но и от психологического состояния [4]. Согласно п.1 ст. 7 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших условий их физического и психического развития [9].

В связи с вышеизложенным актуальность данного исследования заключается в снятии нервно-мышечного напряжения у подростков средствами телесно-ориентированной терапии (метод Моше Фельденкрайза) в рамках учебного процесса для сохранения их физического и психического здоровья.

Научная новизна исследования заключается в применении метода Моше Фельденкрайза как формы коррекции нервно-психического напряжения (НПН) у подростков, взятый из психотерапии, ранее не использовавшийся в рамках учебного процесса.

История применения метода берет свое начало после окончания Второй мировой войны. Получив докторскую степень по физике, М. Фельденкрайз глубоко изучал дзюдо. Далее основал первую в Европе школу по данному виду спорта. Изучая труды З. Фрейда, неврологии, йогу, разработал собственный метод коррекции мышечного напряжения [8].

Гипотеза исследования. Предполагалось, что использование техники паттернов сгибания позволит снизить уровень НПН у подростков в процессе учебной деятельности.

Для более корректного понимания термина «НПН» следует начать с его трактовок различными специалистами в данной области.

В понимании Т.А. Немчинова НПН представляет собой вид психических состояний, которые развиваются у индивида в результате его нахождения в психологически сложных условиях, дефиците информации, времени, высоких требований к качеству и объему результатов деятельности и ответственности за возможные неудачи [7].

По мнению О.А. Лубенской, Т. Л. Ряполовой НПН представляет собой форму состояния психики индивида, возникающее в тяжелых, непривычных для него условиях, сопровождающееся переживанием дискомфорта, чувством тревоги, страха и проявляющееся в готовности взять ситуацию под контроль, действовать в сложившихся обстоятельствах [5].

Е.Н. Ашанина, Д. В. Кулаков выделяют синонимичный термин «нервно–психическое состояние». Под данным термином авторы понимают функциональное состояние индивида с согласованием гомеостаза на психологическом и физиологическом уровнях [1].

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

- 1 степень – отсутствие признаков напряжения, либо их проявления настолько незначительны, что испытуемые не считают своё состояние «напряжением»;

- 2 степень – мобилизация психической деятельности, характеризующаяся чувством общего подъема физических и духовных ресурсов. При этом данный вид НПН характеризуется достаточно высокой продуктивностью и эффективностью деятельности;

- 3 степень – характеризуется дезорганизацией психической деятельности, чувством общего физического и психического дискомфорта [7].

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

Материал и методы исследования. Диагностика уровня НПН у подростков осуществлялась по методике Т.А. Немчина [2].

Эксперимент проводился на базе Тихоокеанского государственного университета в период с сентября 2024 г. по аналогичный период 2025 г. В категории испытуемых входили учащиеся средних общеобразовательных учреждений Хабаровска в возрасте от 15 до 17 лет (150 юношей и 150 девушек). После анкетирования была осуществлена выборка лиц с наиболее высоким уровнем НПН. При анкетировании на первом этапе удалось выявить высокий уровень НПН у

40 юношей и 41 девушка. Занятия проводились 3 раза в неделю по 40–45 мин.

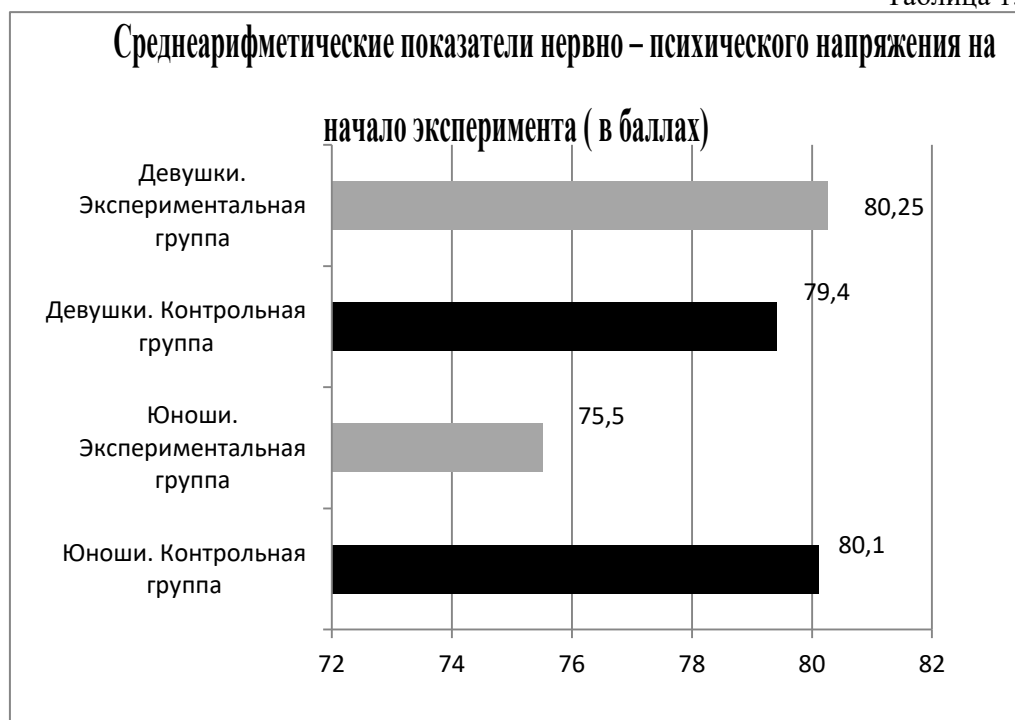
Далее, на втором этапе, данные группы были поделены на две подгруппы (21 девушка – контрольная и 20 - экспериментальная и (20 юношей – контрольная группа и 20 - экспериментальная).

По шкале Т.А. Немчина «уровни НПН» распределяются на:

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

Занятия по телесно–ориентированной терапии при помощи техники паттернов сгибания проводились на дополнительных занятиях по физической подготовке в специально оборудованном спортивном зале (гимнастические маты, зеркала и пр.).

Таблица 1.



Ход эксперимента:

1. И. п. - лежа на спине, ноги вытянуты, стопы расположены друг от друга приблизительно на ширину плеч, руки вытянуты вдоль корпуса.

Данная позиция удобна тем, что позволяет заметить самые незначительные изменения, происходящие с телом.

2. И. п. то же, осуществить подъем головы, как будто хотите посмотреть на свои ступни. Выполнение следует до момента появления неприятных ощущений.

3. И. п. то же, руки положить на середину груди и толкать ее в сторону ног, одновременно поднимая голову.

4. И. п. то же, теперь ноги согнуты в коленях, и еще раз выполнить предыдущее упражнение.

5. Выдержать паузу и вытянуться. Обратить внимание, на какие-либо изменения по сравнению с началом занятия. Спокойно ли ваше дыхание?

6. Снова согнуть ноги в коленях, стопы на ширине плеч. Сцепить пальцы рук и положить руки за голову. Осуществлять подъем головы, помогая ей руками (максимальное количество раз).

7. И. п. то же, одновременно поднимайте голову и одну согнутую в колене ногу, попеременно.

8. И. п. то же, выполнить вариант этого упражнения, поднимая голову и правое колено, а навстречу ему попеременно направлять то правый, то левый локоть.

9. Вытянуться на полу и выдержать очередную паузу.

10. И. п. то же, ноги согнуты в коленях, поднять правую согнутую в колене ногу, руки со сцепленными пальцами за затылком. Теперь медленно сблизить правое колено с подбородком, но ни в коем случае не старайтесь соединить подбородок с коленом.

11. И. п. то же, теперь тянитесь в направлении правого колена лбом.

12. И. п. то же, теперь тянуться навстречу правому колену попеременно, то лбом, то подбородком.

13. Вытянитесь и выдержите паузу.

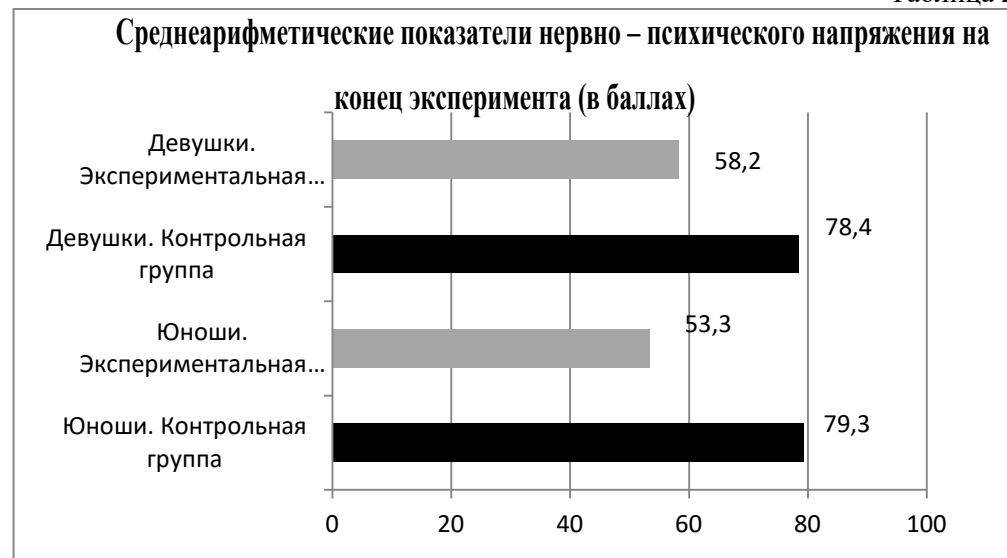
14. Медленно встать и ходить медленным шагом 5 минут [6].

Во время выполнения упражнений исключить все раздражающие факторы: посторонние звуки, запахи, случайных прохожих и т. п.

Также во время проведения занятий можно применять музыкальное сопровождение – спокойную расслабляющую музыку.

Результаты и их обсуждение

Таблица 2.



На конец проведения эксперимента были получены следующие данные:

В контрольных группах у юношей и девушек, статистически значимых отличий по показателю НПН на конец эксперимента по сравнению с началом не обнаружено.

В экспериментальной группе у девушек динамика снижения по показателю НПН на конец эксперимента по сравнению с началом составила 22,05 балла.

В экспериментальной группе у юношей динамика снижения по показателю НПН на конец эксперимента по сравнению с началом составила 22,2 балла.

Как видно из полученных данных, в экспериментальных группах у юношей и девушек показатели НПН приблизились к границам умеренного.

Заключение. НПН в процессе любой трудовой деятельности является ответом организма на утомление. Учебная деятельность у подростков является особой категорией наблюдения и реагирования, т. к. школа является жизненным фундаментом индивида. Овладение компетенциями по терапии НПН через телесность является одним из действенных средств по профилактике, что подтверждается результатами исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашанина Е.Н., Кулаков Д.В. Теория и практика коррекции дизадаптивных нервно-психических состояний с помощью аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи. Вып.2. СПб.: Политехника-сервис, 2012. 101 с.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
3. Еремин А.Л. Влияние информационной среды на здоровье населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. № 6. С. 21-24.
4. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.
5. Лубенская О.А., Ряполова Т.Л. Оценка уровня нервно-психического напряжения у комбатантов специальной военной операции // Журнал психиатрии и медицинской психологии: [Электронный ресурс]. 2023. № 2 (62) (дата обращения 23.12.2024).
6. Малкина-Пых И.Г. Телесная терапия. М.: Эксмо, 2007. 752 с.
7. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л.: ЛГУ, 1983. 166 с.
8. Фельденкрайз М., Осознавание через движение. М.: Издательский дом: Институт Общегуманитарных Исследований, 2001. 151 с.
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025): [Электронный ресурс]: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/bae330cb27c78f5d869019ad831c3027b8f97f30/ (дата обращения 20.02.2025).

REFERENCES

1. Ashanina E.N., Kulakov D.V. Teoriya i praktika korrekczii dizadaptivny`kh nervno-psikhicheskikh sostoyanij s pomoshh`yu audiovizual`nogo vozdejstviya i biologicheski obratnoj svyazi. Vy`p.2. SPb.: Politekhniko-servis, 2012. 101 s.

2. Vodop`yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa. SPb.: Piter, 2009. 336 s.
3. Eremin A.L. Vliyanie informacziionnoj sredy` na zdorov`e naseleniya // Problemy` soczial`noj gigieny`, zdravookhraneniya i istorii medicziny`. 2000. # 6. S. 21-24.
4. Il`in E.P. Psikhofiziologiya sostoyanij cheloveka. SPb.: Piter, 2005. 412 s.
5. Lubenskaya O.A., Ryapolova T.L. Ocenka urovnya nervno-psikhicheskogo napryazheniya u kombatanov speczial`noj voennoj operaczii // Zhurnal psikhiiatrii i mediczinskoj psikhologii: [E`lektronny`j resurs]. 2023. # 2 (62) (data obrashheniya 23.12.2024).
6. Malkina–Py`kh I.G. Telesnaya terapiya. M.: E`ksmo, 2007. –752 s.
7. Nemchin T.A. Sostoyaniya nervno-psikhicheskogo napryazheniya. L.: LGU, 1983. 166 s.
8. Fel`denkrajz M., Osoznavanie cherez dvizhenie. M.: Izdatel`skij dom: Institut Obshhegumanitarny`kh Issledovanij, 2001. 151 s.
9. Federal`ny`j zakon ot 21.11.2011 # 323-FZ (red. ot 28.12.2024) «Ob osnovakh okhrany` zdorov`ya grazhdan v Rossijskoj Federaczii» (s izm. i dop., vstup. v silu s 01.03.2025): [E`lektronny`j resurs]: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/bae330cb27c78f5d869019ad831c3027b8f97f30/

E.V. Timoshkov¹, A.A. Popova², I.P. Shkryabko², A.A. Arutyunyan²
THE MOSHE FELDENKRAIS FLEXION PATTERN TECHNIQUE
AS A METHOD OF REDUCING NEUROPSYCHIC STRESS
IN ADOLESCENTS WITHIN THE FRAMEWORK
OF THE EDUCATIONAL PROCESS

¹Pacific National University (Khabarovsk), ²Armavir State Pedagogical University (Armavir).

Summary. This article examines the problem of nervous and mental stress in adolescents during the educational process. The authors used T. A. Nemchinov's diagnostic method, the "Neurological and Mental Stress Scale" (NMS), and Moshe Feldenkrais's method of body-oriented therapy. Student's t-test was used for statistical analysis of the results. The experiment revealed positive results in the application of the Moshe Feldenkrais method. Gender differences in the application of this method in adolescents were also identified.

Keywords: adolescent, nervous and mental stress, body-oriented therapy, educational process.

УДК616-008.3/5

С.В. Абрамов^{1,2}, И.С. Карауш^{1,3}**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ СМАРТФОНА
НА ПСИХИКУ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ³**

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

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

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

Влияние на успеваемость. Исследование в Чили ($N=733$ ученика 5-8 классов государственных школ) показало, что учащиеся проводят перед экраном $6,1 \pm 5,3$ часа в день. Мальчики проводят больше времени за видеоиграми, а девочки — за просмотром интернета. И мальчики, и девочки, проводившие больше времени перед экраном, в основном за видеоиграми и просмотром интернета, демонстрировали более низкие оценки по математике, чтению, физкультуре, среднему баллу успеваемости, а также имели худшую память, медленнее решали математические задачи и испытывали больше трудностей с концентрацией внимания на уроках или при решении сложных задач [58].

Исследование в Индии, в котором родители предоставили данные об индийских школьниках ($N=537$, средний возраст 10,9 лет) из пяти школ, показало, что время, проведенное за экраном, связано с увеличением индекса массы тела, поведенческими проблемами и низкой успеваемостью [49].

Схожие результаты получены китайскими исследователями, в 2013-2014 гг. обследовавших учащихся 7 и 9 классов средних школ ($N=17150$). Было показано, что увеличение времени, проведенного за экраном, связано с уменьшением времени, затрачиваемого на сон и физическую активность, а также с сокращением времени на социальное взаимодействие и учебную деятельность, что

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

способствовало ухудшению успеваемости [14]. Также отмечено, что когда подростки проводят много времени за экранами, их когнитивные способности, такие как внимание и память, ослабевают, что, в свою очередь, приводит к снижению успеваемости.

Факторы, требующие уточнения. Исследование [21] показало, что дети раннего возраста, у которых позже обнаруживался аутизм или проблемы с вниманием и гиперактивностью (СДВГ), уже в полтора года проводили у экранов (ТВ, планшеты) в среднем более 2 часов в день, что в два раза больше, чем их сверстники без нарушений развития. Более того, чем больше времени ребенок проводил у экрана в 1,5 года, тем хуже были его речь, навыки общения и способность концентрироваться к 3-5 годам. Как отмечают авторы, в настоящее время пока не представляется возможным сделать однозначный вывод: то ли экраны мешают развитию, то ли дети с особенностями развития из-за своего поведения чаще получают доступ к гаджетам. В то же время маленькие дети с нейropsychологическими нарушениями могут проводить больше времени перед экраном из-за проблемного поведения и фенотипических предпочтений, и такое повышенное воздействие может оказывать пагубное влияние на успеваемость и проявление симптомов независимо от клинических результатов.

Справедливо отмечено, что во многих исследованиях описаны в связи с употреблением смартфонов функциональные и структурные различия в системах головного мозга, охватывающих кортикальные и субкортикальные области, участвующие в процессах вознаграждения/мотивации, аффективной и когнитивной сферах, а также в развитии аддиктивного поведения [35]. При этом имеющиеся данные остаются фрагментарными, и отсутствуют всеобъемлющие нейробиологические концепции, специально посвященные (чрезмерному) использованию смартфонов. Исследования не позволяют определить, являются ли наблюдаемые характеристики головного мозга результатом определенного типа использования смартфона или просто представляют собой предрасположенность к использованию смартфона определенным образом.

Еще **один важный аспект**, который требует исследования: подростки с выраженной тревожностью имели в 3,3 раза более высокий риск чрезмерной зависимости от смартфонов, чем подростки с минимальной тревожностью. Тревожность, пол, одиночество и симптомы депрессии играют важную роль в дифференциации подгрупп риска, при этом тревожность является наиболее значимым фактором. Группа, включающая девочек с тяжелой тревожностью, имела самый высокий риск — 52,9%. Таким образом, раннее выявление и профилактика таких проблем, как тревожность, одиночество и симптомы депрессии, последствий насилия могут предотвратить чрезмерную зависимость от смартфонов среди подростков. Кроме того, необходимы комплексные меры по борьбе с тревожностью для предотвращения чрезмерной зависимости от смартфонов [36].

Вопросы профилактики. В работе [38] представлен анализ рекомендаций по количеству экранного времени, сравнивающий рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с рекомендациями других учреждений/организаций. Так, время, проводимое за цифровым экраном, в большинстве документов совпало: i) для детей младше 2 лет большинство документов рекомендовало нулевое время воздействия ($N=20/22$); ii) для детей в возрасте 2-5 лет большинство рекомендовало ограничить время, проводимое за экраном, до 1 часа

в день ($N=17/21$); iii) для детей старше 5 лет и подростков наиболее либеральные рекомендации предлагали максимум 2 часа в день ($N=8/10$). Существующие рекомендации были либо столь же строгими, либо более ограничительными, чем рекомендации ВОЗ. Что касается качества воздействия цифрового экрана, было выявлено 10 ключевых моментов для родителей и учителей: 1) выбирайте форматы, соответствующие возрасту, и обращайтесь внимание на содержание; 2) выбирайте высококачественные интерактивные программы, позволяющие активно (а не пассивно) использовать цифровые технологии; 3) выбирайте медиаконтент, который пропагандирует социально значимые ценности; 4) используйте мультимедийные устройства для поддержки обучения только в том случае, если образовательный контент соответствует требованиям (или сертифицирован); 5) отдавайте предпочтение активным киберспортивным играм, а не малоподвижным; 6) после просмотра контента в цифровом формате уделите время обсуждению увиденного с ребенком; 7) не воздействуйте на ребенка с помощью цифровых медиа в формате «фоновых шумов»; 8) не выбирайте медиаконтент, содержащий рекламу; 9) не выбирайте медиаконтент, содержащий сцены насилия (например, физического или психологического); 10) не выбирайте медиаконтент, содержащий звуки, которые еще больше усиливают зависимость.

Существует консенсус относительно необходимости ограничения количества времени, проводимого детьми и подростками за цифровыми экранами, и обеспечения качественного воздействия на них. В публикации [11] так же приведены практические примеры использования цифровых устройств родителями и школами при интеграции их в процесс обучения и развития детей: 1) поощрение сбалансированного подхода к использованию цифровых устройств, гарантируя, что они не заменяют физическую активность, общение лицом к лицу и достаточный сон; 2) подбор образовательного контента, соответствующего возрасту, интересам и учебным целям вашего ребенка. Отдавайте предпочтение приложениям и играм, которые развивают навыки решения проблем, креативность и память; 3) родителям следует активно участвовать в цифровых развлечениях ребенка (совместные игры и опыт использования цифровых устройств могут способствовать развитию воображения и социальных навыков); 4) регулярное отслеживание типа и объема цифрового контента, потребляемого вашим ребенком; направление к использованию цифровых инструментов для обучения, а не для бесконечных развлечений; 5) дополните цифровое обучение офлайн-мероприятиями, которые укрепляют навыки цифровой грамотности, такими как чтение, письмо и участие в творческих проектах; 6) обучите детей правилам цифровой гигиены, в том числе важности перерывов в использовании экранов и соблюдению правильной осанки при работе с цифровыми устройствами; 7) внедрение технологий адаптивного обучения, которые подбирают образовательный контент в соответствии с индивидуальными потребностями учащихся, способствуя персонализированному процессу обучения; 8) включение цифровых устройств и образовательного программного обеспечения в учебную программу для повышения вовлеченности учащихся и поддержки различных стилей обучения; 9) проведение обучения для учителей эффективному использованию цифровых устройств в классе с акцентом на передовые методы и новейшие образовательные технологии; 10) обучение студентов основам цифровой грамотности, включая безопасность в интернете, ответственное использо-

вание технологий и этичное поведение в цифровом мире; 11) сочетание традиционных методов обучения с цифровыми ресурсами для создания смешанных учебных сред, отвечающих различным потребностям и предпочтениям учащихся; 12) использование цифровых инструментов для формирующего оценивания, которые обеспечивают немедленную обратную связь, помогая студентам отслеживать свой прогресс и улучшать результаты обучения. И родители, и школы должны стремиться к созданию благоприятной среды, которая использует преимущества цифровых устройств, одновременно учитывая их потенциальные недостатки, что в итоге обеспечит всестороннее и здоровое когнитивное, социальное, эмоциональное и психологическое развитие детей [55].

Обсуждение. Проведенный анализ литературы показывает определенную противоречивость в данных, касающихся влияния смартфонов и иных цифровых устройств на процессы созревания центральной нервной системы и формирование психических функций у детей и подростков. Очевидно, что гаджеты стали уже неотъемлемой частью современной социализации и выступают в роли эпигенетического фактора (наряду с питанием, физической активностью и т. п.), способного изменять траектории развития головного мозга.

Важно, что проблема требует учета диадических отношений «родитель-ребенок». Феномен «родительского мозга» и его высокая чувствительность в перинатальный и ранний постнатальный периоды [13, 43] и исследования техноференции [8, 37] позволяют предложить гипотезу о том, что смартфон может нарушать формирование надежной привязанности.

Анализ воздействия в различные возрастные периоды выявляет своеобразный онтогенетический градиент уязвимости, который тесно связан с процессами нейроразвития мозга. На ранних этапах онтогенеза (0-5 лет) происходят наиболее активные синаптогенез и миелинизация, и чрезмерное экранное время в этот возрастной период ассоциировано со снижением целостности белого вещества в проводящих путях, отвечающих за языковые и когнитивные функции [22], что коррелирует с данными о задержках речевого развития и формировании исполнительных функций [5]. В подростковом возрасте, когда наблюдается активная перестройка лимбической системы и префронтальной коры, на первый план выходят аффективные и поведенческие риски. Нейровизуализационные исследования фиксируют изменения в сети значимости и лимбических структурах, что нейробиологически обосновывает связь между длительным экранным временем и ростом тревожно-депрессивной симптоматики, агрессии и нарушением регуляции эмоций [28, 26, 60].

Ключевым вопросом, требующим углубленного изучения, является поиск биологических механизмов, опосредующих наблюдаемые эффекты. С одной стороны, описан простой механизм замещения: экранное время вытесняет сон, физическую активность и социальные взаимодействия; с другой – начинают обсуждаться изменения на уровне нейрохимического и нейрофизиологического. Уже описаны нарушения циркадных ритмов и секреции мелатонина вследствие воздействия синего света [19], индукция окислительного стресса и нейровоспаления (изменение уровней IL-6, TNF- α) [27, 56], дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (повышение кортизола) [20] и снижение уровня нейротрофического фактора мозга (BDNF) [17]. Пристального внимания заслуживают данные о потенциальном эпигенетическом воздействии радиочастотного электромагнитно-

го излучения, которое может индуцировать долговременные изменения в экспрессии генов подобно другим формам раннего стресса [44, 41]. В результате чрезмерное использование смартфона становится еще одним стрессовым фактором и запускает каскад патофизиологических реакций в развивающемся мозге.

При этом все еще нет решения методологической проблемы: являются ли выявляемые когнитивные и структурные изменения следствием чрезмерного использования гаджетов, или же дети с изначальными нейробиологическими особенностями (например, с риском развития РАС или СДВГ) более склонны к аддиктивному паттерну использования экранов. Вероятно, речь идет о сложных реципрокных взаимодействиях, где исходная предрасположенность и средовой фактор усиливают друг друга [35, 21].

Заключение. Переосмысление влияния цифровой эпохи на психическое развитие позволяет прийти к заключению, что так называемое «естественное», «доцифровое» детство осталось в прошлом, а цифровая среда является неотъемлемым элементом современного детства. Задачей исследователей является поиск адаптивных траекторий развития с учетом данного факта.

Критическим является вопрос, насколько описанные выше искажения психических структур и функций являются обратимыми или латентными и можно ли во взрослом возрасте / при изменившихся условиях компенсировать дефициты, сформированные в раннем симбиозе со смартфоном?

Крайне актуальным представляется пересмотр роли родителей – бесполезно ограничивать экранное время детям, если родители сами демонстрируют им зависимость от смартфона поведение. Профилактика должна включать родительский самоконтроль, особенно в ключевые моменты взаимодействия с ребенком (кормление, укладывание, игра и т. п.). Взаимодействие «родитель-ребенок» может быть позитивным и в цифровой среде, если оно образовательное, интерактивное и включает совместно обсуждаемые форматы. Другим важным направлением профилактики является повышение значимости альтернативной деятельности – живое общение, физическая активность, хобби, игра и необходимое количество сна.

Градация мер «абсолютного» ограничения должна опираться на знание нейробиологии развивающегося мозга. Наиболее уязвимый для воздействия внешних факторов период раннего возраста может рассматриваться в контексте абсолютного запрета использования гаджетов. В более поздние периоды, с учетом возрастной специфики и социальной ситуации развития, должны учитываться режимные моменты, активная позиция родителей, мониторинг тревожности, физической активности и качество просматриваемого контента. Таким образом, решением проблем должен быть переход от ограничительных практик к формированию осознанного и качественного взаимодействия психики с цифровым контентом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева Е.И., Исаченкова М.Л. Особенности использования гаджетов детьми до четырех лет по данным их родителей // Комплексные исследования детства. 2022. Т. 4. № 1. С. 32-53. doi 10.33910/2687-0223-2022-4-1-32-53. EDNISRNP.

2. Храмцов П.И., Курганский А.М., Вятлева О.А. и др. Методические рекомендации по безопасному для здоровья детей и подростков использованию мобильного телефона / Минздрав РФ, ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», НИИ гигиены и охраны здоровья детей

и подростков. 2024. – URL: <https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/067/691/original/1.pdf?1724852329> (дата обращения: 14.02.2026).

REFERENCES

1. Nikolaeva E.I., Isachenkova M.L. Osobennosti ispol'zovaniya gadzhetov det'mi do chety'rekh let po danny'm ikh roditel'ey // Kompleksny'e issledovaniya detstva. 2022. T. 4. # 1. S. 32-53. doi 10.33910/2687-0223-2022-4-1-32-53. EDNISRNPE.

2. Khramczov P.I., Kurganskij A.M., Vyatleva O.A. i dr. Metodicheskie rekomendaczii po bezopasnomu dlya zdorov'ya detej i podrostkov ispol'zovaniyu mobil'nogo telefona / Minzdrav RF, FGau «Naczional'ny'j mediczinskij issledovatel'skij cenztr zdorov'ya detej», NII gigeny i okhrany zdorov'ya detej i podrostkov. 2024. – URL: <https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/067/691/original/1.pdf?1724852329> (data obrashheniya: 14.02.2026).

3. Ahn J.S., Jun H.J., Kim T.S. Factors affecting smartphone dependency and digital dementia // Journal of Information Technology Applications and Management. 2015. Vol. 22. No. 3. P. 35-54.

4. Bacil E.D.A., da Silva M.P., Martins R.V. et al. Exposure to smartphones and tablets, physical activity and sleep in children from 5 to 10 years old: a systematic review and meta-analysis // American Journal of Health Promotion. 2024. Vol. 38. No. 7. P. 1033-1047. doi 10.1177/08901171241242556.

5. Bal M., Kara Aydemir A.G., Tepetaş Cengiz G.Ş., Altındağ A. Examining the relationship between language development, executive function, and screen time: A systematic review // PLoS One. 2024. Vol. 19. No. 12. doi 10.1371/journal.pone.0314540.

6. Barzilay R., Pimentel S.D., Tran K.T. et al. Smartphone ownership, age of smartphone acquisition, and health outcomes in early adolescence // Pediatrics. 2026. Vol. 157. No. 1. doi 10.1542/peds.2025-072941.

7. Bonilla P., McBride D., Shanks A. et al. Evening blue light exposure during adolescence induces avoidance behaviors and rewires medial amygdala circuit // bioRxiv. 2025. doi 10.1101/2025.01.31.635947.

8. Braune-Krickau K., Schneebei L., Pehlke-Milde J. et al. Smartphones in the nursery: Parental smartphone use and parental sensitivity and responsiveness within parent-child interaction in early childhood (0-5 years): A scoping review // Infant Mental Health Journal. 2021. Vol. 42. No. 2. P. 161-175. doi 10.1002/imhj.21908.

9. Carter B., Ahmed N., Cassidy O. et al. 'There's more to life than staring at a small screen': a mixed methods cohort study of problematic smartphone use and the relationship to anxiety, depression and sleep in students aged 13-16 years old in the UK // BMJ Mental Health. 2024. Vol. 27. No. 1. doi 10.1136/bmjment-2024-301115.

10. Chou W.J., Hsiao R.C., Yen C.F. Parental efficacy in managing smartphone use of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: parental and adolescent related factors // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19. No. 15. 9505. doi 10.3390/ijerph19159505.

11. Clemente-Suárez V.J., Beltrán-Velasco A.I., Herrero-Roldán S. et al. Digital Device Usage and Childhood Cognitive Development: Exploring Effects on Cognitive Abilities // Children. 2024. Vol. 11. No. 11. 1299. doi

10.3390/children11111299.

12. Dutra R.P., Castro Y.M., Moran V. et al. Association between exposure to smartphones and tablets and motor development in early childhood: a systematic review // *Child: Care, Health and Development*. 2025. Vol. 51. No. 6. doi 10.1111/cch.70180.

13. Feldman R. The adaptive human parental brain: implications for children's social development // *Trends in Neurosciences*. 2015. Vol. 38, No. 6. P. 387-399. doi 10.1016/j.tins.2015.04.004.

14. Feng X., Ren S., Shi P. The relationship and mechanism of screen time and academic performance among adolescents: an empirical study based on CEPS // *Frontiers in Public Health*. 2025. Vol. 13. 1533327. doi 10.3389/fpubh.2025.1533327.

15. Figueiredo S., João R., Alho L., Hipólito J. Psychological research on sleep problems and adjustment of working hours during teleworking in the COVID-19 pandemic: an exploratory study // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19. No. 21. 14305. doi 10.3390/ijerph192114305.

16. Francisquini M.C.J., Silva T.M.S., Santos G.C.D. et al. Associations of screen time with symptoms of stress, anxiety, and depression in adolescents // *Revista Paulista de Pediatria*. 2024. Vol. 43. doi 10.1590/1984-0462/2025/43/2023250.

17. Goldfield G.S., Cameron J.D., Sigal R.J. et al. Screen time is independently associated with serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in youth with obesity // *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2021. Vol. 46. No. 9. P. 1083-1090. doi 10.1139/apnm-2020-0756.

18. Greenfield P.M. Technology and informal education: what is taught, what is learned // *Science*. 2009. Vol. 323. No. 5910. P. 69-71. doi 10.1126/science.1167190.

19. Haghani M., Abbasi S., Abdoli L. et al. Blue light and digital screens revisited: a new look at blue light from the vision quality, circadian rhythm and cognitive functions perspective // *Journal of Biomedical Physics & Engineering*. 2024. Vol. 14. No. 3. P. 213-228. doi 10.31661/jbpe.v0i0.2106-1355.

20. Hahnefeld A., Fink M., Le Beherec S. et al. Correlation of screen exposure to stress, learning, cognitive and language performance in children // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2025. Vol. 34. No. 5. P. 1615-1624. doi 10.1007/s00787-024-02593-6.

21. Hill M.M., Gangi D.N., Miller M. Toddler screen time: longitudinal associations with autism and adhd symptoms and developmental outcomes // *Child Psychiatry & Human Development*. 2024. doi 10.1007/s10578-024-01785-0.

22. Hutton J.S., Dudley J., Horowitz-Kraus T. et al. Associations between screen-based media use and brain white matter integrity in preschool-aged children // *JAMA Pediatrics*. 2020. Vol. 174. No. 1. doi 10.1001/jamapediatrics.2019.3869.

23. Kipinoinen T., Toppala S., Rinne J. O. et al. Association of midlife inflammatory markers with cognitive performance at 10-year follow-up // *Neurology*. 2022. Vol. 99. No. 20. P. e2294-e2302. doi 10.1212/WNL.0000000000201116.

24. Kostyrka-Allchorne K., Cooper N.R., Simpson A. The relationship between television exposure and children's cognition and behaviour: A systematic review // *Developmental Review*. 2017. Vol. 44. P. 19-58. doi 10.1016/j.dr.2016.12.002.

25. Lee J., Lee S., Shin Y. Lack of parental control is longitudinally associated with higher smartphone addiction tendency in young children: a population-based cohort study // *Journal of Korean Medical Science*. 2024. Vol. 39. No. 34. e254. doi 10.3346/jkms.2024.39.e254.

26. Lee S., Cheong Y., Ro J. et al. Alterations in functional connectivity in the salience network shared by depressive symptoms and smartphone overuse // *Scientific Reports*. 2024. Vol. 14. 28679. doi 10.1038/s41598-024-79951-6.

27. Li R., Li T., Xie Y. et al. Smartphone use and inflammation at 2-year follow-up in college students: the mediating role of physical activity // *Psychology Research and Behavior Management*. 2023. Vol. 16. P. 1509-1519. doi 10.2147/PRBM.S411043.

28. Lima Santos J.P., Soehner A.M., Biernesser C.L. et al. Role of sleep and white matter in the link between screen time and depression in childhood and early adolescence // *JAMA Pediatrics*. 2025. Vol. 179, No. 9. P. 1000-1008. doi 10.1001/jamapediatrics.2025.1718.

29. Liu D., Liu X., Long Y. et al. Problematic smartphone use is associated with differences in static and dynamic brain functional connectivity in young adults // *Frontiers in Neuroscience*. 2022. Vol. 16. 1010488. doi 10.3389/fnins.2022.1010488.

30. Liu X., Huang L., Ward McIntosh C.M. et al. Association between smartphone attachment and mental health in adolescents // *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2025. Vol. 38. No. 3. e70030. doi 10.1111/jcap.70030.

31. Loh K.K., Kanai R. How has the internet reshaped human cognition? // *The Neuroscientist*. 2016. Vol. 22. No. 5. P. 506-520. doi 10.1177/1073858415595005.

32. Manwell L.A., Tadros M., Ciccarelli T.M., Eikelboom R. Digital dementia in the internet generation: excessive screen time during brain development will increase the risk of Alzheimer's disease and related dementias in adulthood // *Journal of Integrative Neuroscience*. 2022. Vol. 21. No. 1. 28. doi 10.31083/j.jin2101028.

33. Mediascope. Дети в интернете: исследование привычек и поведения юных пользователей : [презентация] / Mediascope. 2025. URL: https://mediascope.net/upload/iblock/170/oq4xm3ctu7ir2u6vpiaoa75ujk008n1r/Mediascope_CSTB.PRO.MEDIA_260225.pdf (дата обращения: 14.02.2026).

34. Mohd Azmi N.A.S., Juliana N., Azmani S. et al. Cortisol on circadian rhythm and its effect on cardiovascular system // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18. No. 2. 676. doi 10.3390/ijerph18020676.

35. Montag C., Becker B. Neuroimaging the effects of smartphone (over-)use on brain function and structure-a review on the current state of MRI-based findings and a roadmap for future research // *Psychoradiology*. 2023. Vol. 3. kkad001. doi 10.1093/psyrad/kkad001.

36. Noh D., Shim M.S. Factors influencing smartphone overdependence among adolescents // *Scientific Reports*. 2024. Vol. 14. 7725. doi 10.1038/s41598-024-58152-1.

37. Nomkin L.G., Gordon I. The relationship between maternal smartphone use, physiological responses, and gaze patterns during breastfeeding and face-to-face interactions with infant // *PLoS One*. 2021. Vol. 16. No. 10. e0257956. doi 10.1371/journal.pone.0257956.

38. Nuvoli V., Camanni M., Mariani I. et al. Digital screen exposure in infants, children and adolescents: a systematic review of existing recommendations // *Public Health in Practice*. 2025. Vol. 10. 100653. doi 10.1016/j.puhip.2025.100653.

39. Ophir E., Nass C., Wagner A.D. Cognitive control in media multitaskers // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 2009. Vol. 106. No. 37. P. 15583-15587. doi 10.1073/pnas.0903620106.

40. Pappalardo X.G., Testa G., Pellitteri R. et al. Early life stress (ELS) effects on fetal and adult bone development // *Children*. 2023. Vol. 10. No. 1. 102. doi 10.3390/children10010102.
41. Parano E., Pavone V., Ruggieri M. et al. The many faces of child abuse: how clinical, genetic and epigenetic correlates help us see the full picture // *Children*. 2025. Vol. 12. No. 6. 797. doi 10.3390/children12060797.
42. Preiss M. [Рецензия на книгу: Manfred Spitzer: digital dementia: what we and our children are doing to our minds] // *Cognitive Remediation Journal*. 2014. No. 2. P. 31-34. URL: <https://cognitive-remediation-journal.com/pdfs/crj/2014/02/04.pdf>.
43. Pritschet L., Taylor C.M., Cossio D. et al. Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy // *Nature Neuroscience*. 2024. Vol. 27. P. 2253-2260. doi 10.1038/s41593-024-01741-0.
44. Sage C., Burgio E. Electromagnetic fields, pulsed radiofrequency radiation, and epigenetics: how wireless technologies may affect childhood development // *Child Development*. 2018. Vol. 89. No. 1. P. 129-136. doi 10.1111/cdev.12824.
45. San-Martín-Roldán D., González-Marrón A., de-Paz-Cantos S. et al. Parental norms and perceptions regarding use of mobile devices by children under five years // *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2024. Vol. 32. e4362. doi 10.1590/1518-8345.7137.4362.
46. Sandu A., Nistor P. Digital dementia // *Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics*. 2020. Vol. 4, No. 1. P. 1-6.
47. Selak M.B., Merkaš M., Žulec Ivanković A. Effects of parents' smartphone use on children's emotions, behavior, and subjective well-being // *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2025. Vol. 15. No. 1. 8. doi 10.3390/ejihpe15010008.
48. Setia M.S., Natesan R., Samant P. et al. Radiofrequency electromagnetic field emissions and neurodevelopmental outcomes in infants: a prospective cohort study // *Cureus*. 2025. Vol. 17. No. 7. e87671. doi 10.7759/cureus.87671.
49. Sidiq M., Janakiraman B., Kashoo F. et al. Screen time exposure and academic performance, anxiety, and behavioral problems among school children // *PeerJ*. 2025. Vol. 13. e19409. doi 10.7717/peerj.19409.
50. Son H.G., Cho H.J., Jeong K.H. The effects of korean parents' smartphone addiction on korean children's smartphone addiction: moderating effects of children's gender and age // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18. No. 13. 6685. doi 10.3390/ijerph18136685.
51. Sparrow B., Liu J., Wegner D.M. Google effects on memory: cognitive consequences of having information at our fingertips // *Science*. 2011. Vol. 333. No. 6043. P. 776-778. doi 10.1126/science.1207745.
52. Spence A., Beasley K., Gravenkemper H. et al. Social media use while listening to new material negatively affects short-term memory in college students // *Physiology & Behavior*. 2020. Vol. 227. 113172. doi 10.1016/j.physbeh.2020.113172.
53. Spitzer M. Digital dementia: what we and our children are doing to our minds. Brno : Host, 2014. 238 p.
54. Sudan M., Olsen J., Arah O.A. et al. Prospective cohort analysis of cellphone use and emotional and behavioural difficulties in children // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016. Vol. 70, No. 12. P. 1207-1213. doi 10.1136/jech-2016-207419.

55. Tadpatrikar A., Sharma M.K., Murthy P. Policies and public health initiatives to mitigate the mental health impact of internet use among children and adolescents // *Indian Journal of Psychiatry*. 2025. Vol. 67. No. 12. P. 1180-1186. doi 10.4103/indianjpsychiatry_409_25.
56. Verma A., Kumar A., Chauhan S. et al. Interconnections of screen time with neuroinflammation // *Molecular and Cellular Biochemistry*. 2025. Vol. 480, No. 3. P. 1519-1534. doi 10.1007/s11010-024-05123-9.
57. Xiao Y., Meng Y., Brown T.T. et al. Addictive screen use trajectories and suicidal behaviors, suicidal ideation, and mental health in us youths // *JAMA*. 2025. Vol. 334. No. 3. P. 219-228. doi 10.1001/jama.2025.7829.
58. Zapata-Lamana R., Ibarra-Mora J., Henriquez-Beltrán M. et al. Aumento de horas de pantalla se asocia con un bajo rendimiento escolar // *Andes Pediátrica*. 2021. Vol. 92. No. 4. P. 565-575. doi 10.32641/andespediatr.v92i4.3317.
59. Zhai S., Tao S., Wu X. et al. Associations of sleep insufficiency and chronotype with inflammatory cytokines in college students // *Nature and Science of Sleep*. 2021. Vol. 13. P. 1675-1685. doi 10.2147/NSS.S329894.
60. Zhao Y., Paulus M.P., Tapert S.F. et al. Screen time, sleep, brain structural neurobiology, and sequential associations with child and adolescent psychopathology: Insights from the ABCD study // *Journal of Behavioral Addictions*. 2024. Vol. 13. No. 2. P. 542-553. doi 10.1556/2006.2024.00016.
61. Zou Y., Xia N., Zou Y. et al. Smartphone addiction may be associated with adolescent hypertension: a cross-sectional study among junior school students in China // *BMC Pediatrics*. 2019. Vol. 19. 310. doi 10.1186/s12887-019-1699-9.

S.V. Abramov^{1,2}, I.S. Karaush^{1,3}

SOME ASPECTS OF THE SMARTPHONE'S INFLUENCE ON THE PSYCHE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE⁴

¹V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (Moscow), ²State Educational Institution of the Moscow Region for children in need of psychological, pedagogical, and medical-social assistance, Center for Psychological and Pedagogical Rehabilitation, Correction, and Education «Ariadna» (Lyubertsy), ³Tomsk State Pedagogical University (Tomsk).

Summary. This scientific review presents data from contemporary research on the impact of smartphones on the mental development and brain of children and adolescents. Special attention is given to the parental factor (the phenomenon of the "parental brain," technoference, the transmission of addiction). Age-specific patterns are identified: vulnerability of white matter structures in early childhood and changes in the limbic system during adolescence. Biological mechanisms are described, including disruption of circadian rhythms, neuroinflammation, decreased BDNF, and epigenetic effects. Comorbid conditions (ASD, ADHD) and methodological limitations are discussed. The review concludes with the necessity of fostering digital hygiene and competence within the family and school environment.

Keywords: smartphone, children, adolescents, mental health, cognitive development, parental influence, screen time, circadian rhythms, digital dementia, digital hygiene.

⁴The final part. The beginning part see «Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2026 (26). № 2».

УДК 616.89-053.5

А.А. Мухаметшина, В.Д. Менделевич, А.Г. Жидяевский, Т.Р. Газизуллин

**ФАКТОРЫ РИСКА НЕСУИЦИДАЛЬНОГО
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА
(НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)⁵****ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет
(Казань).**

Резюме. Обзор направлен на систематизацию факторов риска несуйцидального самоповреждающего поведения (НССП) у детей препубертатного возраста. Проанализированы 76 научных публикаций из баз eLibrary.ru, Google Scholar, PubMed за период 2000–2026 гг., отобранные по критериям: возрастная группа до 12 лет, наличие количественных или качественных данных по эпидемиологии и факторам риска НССП. Распространенность НССП в данной возрастной группе достигает 9,1%. Выделены две качественные фазы становления поведения: импульсивно-реактивная (8–9 лет) и дисфункциональная копинг-стратегия (10–12 лет). Факторы риска распределились на три категории: биологические (мужской пол, СДВГ), психологические и психопатологические (депрессия как центральное звено) и социальные (отсутствие родительской поддержки, виктимизация, жестокое обращение). Результаты подтверждают, что НССП у детей до 12 лет представляет собой самостоятельный клинический феномен, качественно отличающийся от поведенческих паттернов более старшего возраста, и обосновывают необходимость разработки возраст-специфичного диагностического инструментария для раннего выявления и профилактики суицидального поведения.

Ключевые слова: несуйцидальное самоповреждающее поведение, самоповреждения у детей, препубертатный возраст, младшие школьники.

Введение. В фокусе внимания современной детско-подростковой психиатрии все чаще оказывается феномен намеренного причинения себе вреда, не имеющего суицидальной направленности (несуйцидальное самоповреждающее поведение - НССП) [2, 3, 7, 15, 47]. Несмотря на достаточно большое количество данных о природе этого явления у подростков и взрослых [5, 64], его проявления у детей препубертатного периода до недавнего времени оставались за рамками системного научного изучения [15, 22, 47]. Обоснованием являлась точка зрения о том, что в силу когнитивных и эмоциональных особенностей у детей этого возраста подобное поведение является маловероятным [28, 55]. Однако в реальной клинической практике симптомы расстройств либо недооценивались, либо интерпретировались ошибочно, и данная возрастная группа оказывалась лишена своевременной помощи [19, 33, 53].

В настоящее время становится очевидным, что ранний дебют самоповреж-

⁵Начало. Окончание см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2026 (26). № 4».

дающего поведения - это не случайный эпизод, а признак психологического стресса, ведущего в будущем к формированию разнообразной психической патологии [13, 15, 57-58]. Ключевая опасность, помимо очевидной связи с суицидальным риском [47, 82], заключается в негативном влиянии НССП на формирование личности ребенка, когда нарушаются самооценка, способность к социальной интеграции, мотивация к обучению и в целом адаптация [8, 15, 60].

Системные исследования НССП в возрастной группе до 12 лет остаются немногочисленными, что во многом обусловлено отсутствием единой периодизации детского возраста: исследователи оперируют психологическими, физиологическими либо педагогическими критериями, что порождает расхождения в определении границ препубертата и затрудняет сравнение результатов разных исследований [4, 24, 30, 78-81]. В соответствии с отечественной традицией Л.С. Выготского и Д.Б. Эльконина выделяется младший школьный возраст (7–11/12 лет) как качественно особый этап, ключевым новообразованием которого выступает рефлексия [81]. В западной литературе описываются сходные закономерности на стадии «индустрии против неполноценности» (6–12 лет) [43]. Выделение 12-летнего рубежа в англоязычной традиции дополнительно обусловлено переходом в среднюю школу (middle school), влекущим кардинальную смену социального окружения и повышенную психологическую нагрузку, а также лингвистическим феноменом. В то время как возраст 13 лет знаменует вступление в пору «тинейджерства» (teenage), дети 8–12 лет, балансирующие на грани двух миров, обретают обозначение в термине tween (от between — «между») [15, 47].

Цель настоящего обзора - систематизация современных литературных данных о факторах риска НССП среди детей препубертатного возраста (до 12 лет) для обоснования необходимости разработки специализированных методов профилактики.

Материал и методы. Для подготовки обзора был проведен поиск научных публикаций в базах данных eLibrary.ru, GoogleScholar, PubMed. Поиск охватывал период с 2000 по 2026 гг. Использовались следующие комбинации ключевых слов и их англоязычные эквиваленты: «несуицидальное самоповреждающее поведение», «самоповреждения у детей», «препубертатный возраст», «младшие школьники», «факторы риска», «non-suicidal self-injury», «NSSI», «self-harm», «self-injurious behavior», «preadolescent», «school-age children», «risk factors». Критериями включения являлись оригинальные исследования, мета-анализы и систематические обзоры, содержащие количественные или качественные данные по эпидемиологии, этиологии и факторам риска НССП в возрастной группе до 12 лет. Из анализа исключались тезисы конференций, редакционные заметки, диссертационные работы по немедицинским специальностям, а также исследования, сфокусированные исключительно на подростковых (13+) или взрослых выборках.

Первичный поиск выявил 2190 источников. После удаления дубликатов и скрининга названий и аннотаций были отобраны 124 публикации для полного текстового анализа. Финальную выборку составили 76 исследований, соответствовавших критериям включения. Обобщение данных проводилось методом нарративного синтеза с последующей тематической группировкой результатов.

Процедура анализа включала несколько последовательных этапов. На первом этапе авторами самостоятельно осуществлено полное текстовое изучение всех 76 публикаций, вошедших в финальную выборку. В процессе изучения производилось выделение всех упоминаемых факторов риска НССП с фиксацией контекста их описания. На втором этапе был выполнен количественный подсчет частоты встречаемости каждого фактора во всей совокупности проанализированных исследований. На третьем этапе факторы, упоминавшиеся менее чем в 5% исследований (перинатальная патология, культуральный барьер, уровень образования родителей и др.), были исключены из детального рассмотрения ввиду недостаточной репрезентативности для формулирования обоснованных выводов. На четвертом этапе оставшиеся факторы (24 наименования) были подвергнуты тематической группировке по категориям в соответствии с биопсихосоциальной моделью - биологические, психологические и социальные. Категоризация проводилась на основе концептуального содержания каждого фактора, а не формальной принадлежности к той или иной дисциплинарной области. Для каждой категории и для каждого отдельного фактора была рассчитана доля исследований (в процентах) от общего числа включенных в анализ работ ($n=76$). Статистическая обработка данных ограничивалась расчетом частот и процентных соотношений, корреляционный анализ не проводился ввиду гетерогенности дизайнов и инструментов оценки во включенных исследованиях.

Среди ограничений исследования следует отметить следующие: 1) включенные исследовательские работы заметно различались по дизайну и валидации НССП и собственно суицидального поведения, 2) отсутствие единой возрастной периодизации, 3) преобладание зарубежных исследований, что ограничивает экстраполяцию выводов на иные социокультуральные условия.

Результаты.

Эпидемиология НССП в препубертатном возрасте. Высокая распространенность самоповреждающего поведения у детей в препубертате подтверждается результатами как международных, так и отечественных исследований. Согласно данным литературных источников, распространенность НССП среди детей до 12 лет составляет до 9,1% [10, 15, 19]. В клинических выборках показатели оказались ожидаемо выше - от 16,9% до 37% [26, 27, 32, 40]. Рост выявляемых случаев исследователи связывают с комплексом внешних обстоятельств: цифровизацией среды, ослаблением социальных связей, ростом семейной напряженности и накоплением эмоциональных проблем [4, 47, 59].

Возрастная динамика и паттерны самоповреждающего поведения. На основе анализа возрастных закономерностей выделены две качественно различные фазы становления НССП у детей младшего школьного возраста. На начальном этапе (8-9 лет) поведение чаще имело импульсивно-реактивный характер: самоповреждения - царапание, щипание, удары по себе, укусы выступали как немедленная, эмоциональная реакция на психогенный стимул. Эти формы самоповреждения отличались низкой летальностью и в основном выполняли регуляторную функцию [14, 26, 72]. На втором этапе (10-12 лет) поведение претерпевало качественную трансформацию, приобретая черты дисфункциональной копинг-

стратегии с формированием скрытых, ритуализированных форм [15, 25, 73].

Как показал анализ, ребенок начинал использовать самоповреждение в качестве инструмента регуляции сложных внутренних состояний (тоски, тревоги, ощущения пустоты, аутоагрессии, отвращения к себе). Примечательно, что даже на этом этапе сохранялась жесткая привязка к конкретным внешним стрессам в семье или школе. Формирование подобного паттерна НССП свидетельствовало не столько о взрослении, сколько об истощении адаптационного потенциала. Доминирующим методом становились порезы, причем их локализация последовательно смещалась на скрытые одеждой участки (предплечья, бедра, живот), что указывало на чувство стыда и стремление к сокрытию поведения [26, 37].

Факторы риска НССП. Анализ 76 исследований (табл. 1) позволил выделить факторы риска НССП, которые были распределены по трем категориям в соответствии с биопсихосоциальной моделью [24]. Биологические факторы отражают врожденные и физиологические особенности, психологические - внутренние личностные и эмоциональные процессы, социальные относятся к внешним средовым взаимодействиям. Подобное структурирование дает возможность дифференцировать природу каждого фактора, что приобретает критическое значение при выборе стратегии терапевтического вмешательства.

Таблица 1.

Распределение факторов риска НССП по категориям (n=76)

Факторы	Фактор риска	n	Ссылки	%
Биологические		28	[1], [7], [9], [13], [14], [15], [18], [19], [21], [22], [26], [37], [40], [42], [43], [47], [49], [50], [51], [54], [65], [71], [73], [77], [79], [80], [82], [88]	43,8
	Мужской пол			
	СДВГ*	14	[1], [6], [9], [12], [13], [19], [24], [37], [41], [46], [50], [71], [79], [88]	21,8
	Генетическая предрасположенность	11	[11], [18], [19], [37], [39], [47], [55], [63], [64], [84], [85]	17,2
	РАС**	6	[1], [15], [17], [31], [39], [75]	9,3

	Раннее половое созревание	5	[6], [27], [49], [20], [37],	7,9
	Всего:	64		
Психологические и психопатологические		47	[1], [4], [6], [7], [9], [13], [14], [17], [19], [20], [21], [25], [26], [27], [31], [33], [34], [35], [38], [42], [43], [45], [46], [47], [48], [54], [55], [56], [61], [62], [63], [64], [65], [67], [68], [72], [74], [75], [76], [78], [79], [80], [83], [84], [85], [87], [88]	48,4
	Депрессия			
		21	[1], [15], [18], [19], [20], [27], [37], [42], [43], [47], [52], [54], [61], [65], [67], [68], [71], [76], [78], [84], [86]	21,6
	Социальное сравнение			
		11	[7], [14], [15], [19], [47], [67], [72], [73], [77], [82], [84]	11,3
	Тревога			
	Хроническая инсомния	6	[7], [29], [32], [35], [74], [87]	6,1
	Расстройства пищевого поведения	4	[15], [47], [66], [70]	4,2
	Эмоциональная дисрегуляция	4	[29], [57], [75], [83]	4,2
	Перфекционизм	4	[20], [40], [51], [68]	4,2
	Всего:	97		

Социальные	Отсутствие родительской поддержки	26	[7], [13], [14], [18], [25], [27], [29], [31], [33], [37], [40], [46], [47], [49], [50], [51], [56], [61], [64], [65], [66], [74], [76], [79], [84], [87]	27,0
	Виктимизация	22	[1], [7], [14], [18], [19], [20], [25], [27], [34], [37], [40], [42], [49], [51], [52], [64], [65], [68], [73], [78], [84], [87]	23,0
	Жестокое обращение	16	[6], [11], [13], [17], [18], [19], [33], [37], [46], [60], [61], [64], [73], [76], [77], [79]	17
	Родительская психопатология	11	[13], [14], [16], [31], [37], [41], [56], [60], [61], [64], [72]	11,4
	Низкий финансовый уровень семьи	9	[5], [10], [11], [15], [18], [43], [52], [61], [64]	9,3%
	Успеваемость	7	[7], [14], [18], [19], [51], [55], [73]	7,2%
	Приемная семья	5	[15], [62], [64], [76], [88]	5,1%
Всего:		96		

*синдром дефицита внимания и гиперактивности; **расстройство аутистического спектра

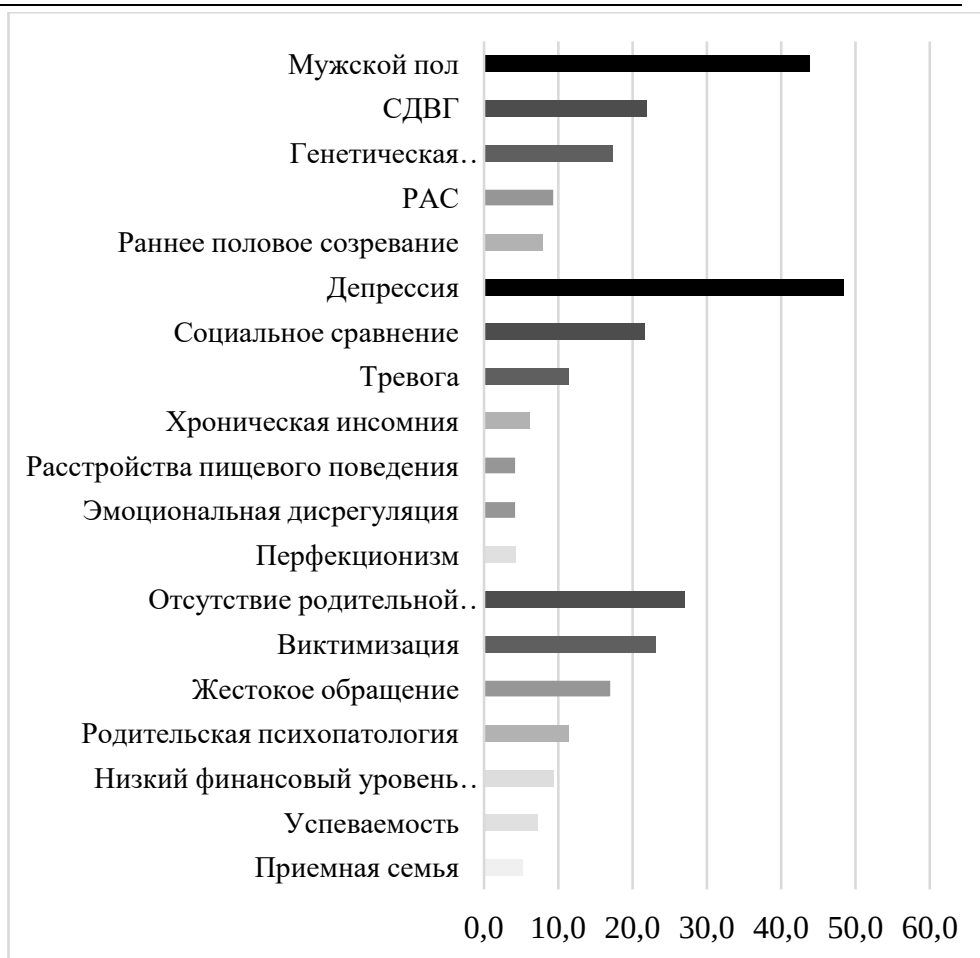


Рисунок 1. Частота упоминания факторов риска НССП у детей препубертатного возраста (в 76 исследованиях в % от общего числа работ).

Биологические факторы. Наиболее значимым фактором НССП у детей до 12 лет выступал мужской пол, который фигурировал в 43,8% исследований ($n=28$), что делает его самым часто изучаемым биологическим маркером. Это согласуется с данными о преобладании мальчиков в структуре НССП в препубертатном возрасте, в отличие от подростковой популяции, где доминируют девочки [5, 18, 19, 47, 65]. Так, в возрасте 5-10 лет отношение мальчиков к девочкам составляет приблизительно 2:1, в 11 лет происходит выравнивание до 1:1, в 12 лет соотношение меняется на 1:3,8 (преобладание девочек) [57, 67]. Смена полового соотношения при переходе к подростковому периоду не имеет однозначного объяснения; наиболее вероятной представляется гипотеза о различных фенотипах аутоагрессии, когда мальчики чаще демонстрируют импульсивные суицидальные попытки, у девочек с началом пубертата формируется интериоризированный тип НССП [9, 13, 50, 72].

Другим значимым фактором являлся СДВГ, выявленный в 21,8% проанализированных работ (n=14). Специфика риска самоповреждающего поведения при этом расстройстве характеризовалась возрастной динамикой, выступая значимой в предпубертальном возрасте, она утрачивала значение в пубертате, что некоторые авторы связывают с актуализацией коморбидных аффективных нарушений [88]. Согласно альтернативной точке зрения, риск НССП при СДВГ представляет собой трансдиагностический феномен, сохраняя свою значимость на всех этапах онтогенеза [6, 15, 44].

Помимо клинически очерченных расстройств, в ряде исследований предпринимались попытки выявить вклад генетической предрасположенности (упоминаний 17,2%), в частности, полиморфизма в генах, регулирующих функционирование серотониновой (5-HTTLPR) и дофаминовой систем. Указанные факторы модулируют избыточную эмоциональную реактивность и способность к аффективной регуляции [39, 44, 75].

Среди других нарушений нейроразвития РАС отмечены в 9,3% исследований (n=6). Повышенный риск НССП в данном случае объясняется особенностями сенсорной обработки и склонностью к стереотипиям [1, 17]. Дети с РАС часто испытывают трудности в выражении своих потребностей, желаний или дискомфорта вербальными или невербальными способами. НССП может стать способом сообщить об этом при невозможности использовать другие методы коммуникации. Стереотипии помогают ребенку регулировать эмоциональное состояние, снижать тревогу или поддерживать определенный уровень стимуляции. Такие действия на фоне стресса или неопределенности могут приобретать характер деструктивности без суицидальной направленности. В целом тема коморбидности НССП и РАС заслуживает отдельного внимания и исследования.

Помимо других биологических факторов отмечено значение раннего полового созревания (7,9%, n=5). Как преждевременное, так и запаздывающее развитие может выступать фактором хронического стрессора, провоцируя дисморфические переживания, социальную изоляцию или виктимизацию, что повышает уязвимость ребенка к формированию НССП [23, 36, 49, 66, 68, 69].

Психологические и психопатологические факторы. Депрессия оказалась ведущей среди психологических факторов (n=47) [41, 47]. Длительные проспективные наблюдения подтверждают, что депрессивное состояние в раннем возрасте (3-6 лет) выступает вероятным предиктором будущего аутоагрессивного поведения: риск нанесения себе повреждений возрастает более чем в 6 раз, а вероятность суицида к 12 годам - в 8 раз [34, 38]. Взаимосвязь между депрессией и самоповреждением носит характер «порочного круга»: аффективное расстройство (депрессия) истощает ресурсы адаптивного поведения, а сам акт повреждения усиливает депрессивную симптоматику [51]. Клиническая картина депрессии у детей до 12 лет отличается соматизированными проявлениями (головные и абдоминальные боли, нарушения сна и аппетита), которые маскируют аффективную патологию и затрудняют диагностику [48, 77]. Близким к расстройствам депрессивного спектра оказался фактор социального сравнения (21,6%, n=21). Травля в школе или семье (буллинг) активировали процессы социального сопоставления,

фиксируя ребенка на ощущении собственной «неполноценности» и формируя хронический фон самоуничтожения [23, 27, 54, 84-86].

Тревожные нарушения также занимали значимое место среди аффективных коррелятов НССП. Данные исследований показывают, что наиболее специфичной для младшего школьного возраста выступает сепарационная тревога, пик проявлений которой приходится на 7-9 лет [9, 72]. Генерализованная тревога у детей до 12 лет характеризуется хроническим, избыточным беспокойством, сопровождающимся устойчивыми соматическими симптомами [6]. Связь генерализованной тревоги с самоповреждающим поведением опосредована механизмом хронической гиперактивации симпатoadреналовой системы, приводящей к постепенному истощению адаптационных ресурсов [9, 77].

Хроническая инсомния (6,1%, n=6) относилась к числу дополнительных факторов, дестабилизировавших аффективную регуляцию, а также формировавших порочный круг, где хронический стресс и дефицит восстановления взаимно усиливали друг друга, повышая риск рецидивов НССП [29, 32, 35, 74].

Расстройства пищевого поведения (РПП) традиционно рассматривались преимущественно в контексте подросткового и взрослого возраста, однако современные эпидемиологические данные свидетельствуют о снижении возраста данной патологии. Начало нервной анорексии приходится на возраст до 9-11 лет, а расстройство избирательного питания в препубертатном периоде по частоте встречаемости превосходит нервную анорексию и нервную булимию, составляя до 22,5% случаев обращений к педиатру [70]. В отличие от классической триады нервной анорексии, препубертатные варианты характеризуются преобладанием сенсорной избирательности, аффективных реакций на принудительное кормление и функциональных нарушений пищеварения при отсутствии органической основы. Дети препубертатной возрастной группы редко демонстрируют осознанное стремление к снижению веса - мотивация к ограничению пищи связана с непереносимостью interoцептивных ощущений, страхом рвоты или болей в животе, а также с попытками восстановления иллюзии контроля в условиях семейного или школьного стресса [87, 88]. Современные литературные данные подтверждают положительную ассоциацию между симптоматикой РПП и НССП в детских выборках, при этом в младшей возрастной группе указанная связь опосредована преимущественно эмоциональной дисрегуляцией и перфекционизмом [45, 83].

В тесной связи с тревожными расстройствами находится эмоциональная дисрегуляция. Выявлено, что нарушения аффективной регуляции, зафиксированные в возрасте 7 лет, были ассоциированы с самоповреждением уже в возрасте 16 лет, причем ключевыми причинами взаимосвязи выступали дефициты социального познания и распознавания эмоций [63, 72, 77]. Эмоциональная дисрегуляция лежала в основе многих психопатологических состояний, снижая толерантность к стрессу, повышая тем самым вероятность импульсивных аутоагрессивных действий.

Еще одним значимым психологическим фактором оказался перфекционизм (4,2%, n=4), который представлял собой стойкую личностную черту, когда со-

четались завышенные и нереальные требования с гиперкритичностью самооценки, что вкуче создавало хронический фон переживания неудачи и фрустрации [43, 45, 51]. В отличие от тревожных расстройств, где страх ошибки был обусловлен ожиданием внешней оценки, перфекционизм определялся внутренними стандартами, нарушение которых влекло за собой не тревогу социального осуждения, а нивелирование собственной значимости [20, 43, 51].

Социальные факторы. Социальные факторы представляли собой вторую по частоте встречаемости категорию риска. Наиболее частым фактором этой категории являлось отсутствие родительской поддержки (27%, n=26). Для ребенка препубертатного возраста семья выступала одновременно главным защитным ресурсом и основным источником наиболее патогенных воздействий [19, 61, 66, 71]. При этом семейное неблагополучие редко существовало изолированно - оно тесно переплеталось с трудностями, с которыми ребенок сталкивался за пределами дома. Так, в тесной связи с дефицитом родительской поддержки находилась виктимизация - фактор, занимающий ведущее место среди школьных рисков (23%, n=22). Для ребенка препубертатного возраста школа является вторым по значимости социальным пространством после семьи, и именно здесь реализуются механизмы, описанные Э. Эриксоном как кризис «индустрии против неполноценности» [52, 54, 73].

Также к числу вредоносных социальных (семейных) факторов относилось жестокое обращение (17%, n=16). Популяционные данные свидетельствуют о том, что 35,9% детей с суицидальным поведением имели подтвержденные факты насилия в семье [37, 46]. Дискуссионным остается вопрос о специфике влияния различных его типов: если моральное насилие признаются наиболее тяжелым в отношении формирования НССП [46], то данные о роли физического насилия противоречивы: одни исследования указывают на его прямую связь с аутоагрессией, другие - на опосредованный характер через развитие самокритики и диссоциации [6].

Родительская психопатология (11,4%, n=11) занимала промежуточное положение и имела также биологическую принадлежность [8, 42, 58]. Термин «психопатология» в данном контексте относится к специфическому кластеру: аффективным расстройствам, тревожным расстройствам, пограничному расстройству личности и аддиктивным состояниям [56, 85]. Именно указанные нозологии были ассоциированы с НССП, как паттерном совладающего поведения [44]. Напротив, шизофрения, обсессивно-компульсивное расстройство или интеллектуальная недостаточность (при отсутствии аффективной коморбидности) не демонстрировали значимой связи с НССП у детей препубертатного возраста [31, 36, 83].

Наряду с психопатологией родителей, значимый вклад вносило и социально-экономическое неблагополучие. Низкий финансовый уровень семьи (9,3%, n=9) нередко был сопряжен с родительским стрессом, ограниченностью ресурсов поддержки и повышенной уязвимостью к другим формам семейного неблагополучия [11, 12, 21, 47]. Низкая успеваемость (7,2%, n=7) в школе могла выступать как самостоятельный хронический стресс, так и как фактор, повышаю-

щий риск виктимизации. Конфликты с учителями дополняли картину школьного неблагополучия, формируя ситуацию, в которой ребенок был лишен поддержки со стороны значимых взрослых в образовательной среде [42, 58].

Особого рассмотрения заслуживала ситуация проживания в приемных семьях (5,1%, n=5). Хотя помещение в приемную семью является мерой защиты от исходно небезопасной среды, сам разрыв с кровной семьей и последующая адаптация выступают мощным стрессогенным фактором. Статистика показывает, что до 10% детей с суицидальным поведением воспитывались в приемных семьях, что в 9 раз превышает среднепопуляционные показатели [16, 76]. Вместе с тем, лонгитюдные исследования демонстрируют, что ранняя школьная готовность в приемных семьях снижает риск суицидальных идей [39], что указывает на необходимость перехода от анализа самого факта институционального устройства к оценке качества семейной среды: стабильная, поддерживающая приемная семья может выступать мощным протективным фактором, нивелирующим последствия исходной травмы [62].

A.A. Mukhametshina, V.D. Mendelevich, A.G. Zhidyaevskiy, T.R. Gazizullin
RISK FACTORS FOR NON-SUICIDAL SELF-INJURIOUS BEHAVIOR
IN PREPUBERTAL CHILDREN
(A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE)⁶

Kazan State Medical University (Kazan).

Summary. This review aims to systematize risk factors for non-suicidal self-injurious behavior (NSSI) in prepubertal children. A total of 76 scientific publications from the eLibrary.ru, Google Scholar, and PubMed databases (2000–2026) were analyzed, selected according to the following criteria: age group under 12 years, and presence of quantitative or qualitative data on the epidemiology and risk factors of NSSI. The prevalence of NSSI in this age group reaches 9.1%. Two qualitative phases of behavioral development were identified: impulsive-reactive (8–9 years) and dysfunctional coping strategy (10–12 years). Risk factors were distributed across three categories: biological (male sex, ADHD), psychological and psychopathological (depression as the central factor), and social (lack of parental support, victimization, abuse). The findings confirm that NSSI in children under 12 years represents an independent clinical phenomenon, qualitatively distinct from behavioral patterns observed in older age groups, and support the need to develop age-specific diagnostic tools for early detection and prevention of suicidal behavior.

Keywords: non-suicidal self-injurious behavior, self-injury in children, prepubertal age, younger school-age children.

⁶The beginning part. The final part see «Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2026 (26). № 4.

М.В. Романовская¹, И.В. Добряков^{2,4}, Ю.А. Фесенко^{1,3}

САМОПОВРЕЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина», ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», ³ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (Санкт-Петербург), ⁴НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа» (Москва).

Резюме. Статья посвящена одному из проявлений суицидальности – самоповреждениям, которые сегодня приобрели массовый характер в молодежной среде. Освещены вопросы риска суицидального поведения с точки зрения проблем формирующейся личности подростков. Представлены отличиянесуицидальногосамоповреждающего поведения (НСПП) или действия от истинного суицидального поведения. Показано, как аутоагрессивное поведение может проявляться в виде самоповреждающих действий, виды и способы которых анализируются.

Ключевые слова: самоповреждения, суицидальность, аутоагрессия, подростки, суицидальный риск.

В 1959 г. американский психоаналитик К. Menninger предсказал, что в будущем психиатры будут принимать гораздо больше пациентов с хроническим саморазрушительным поведением. К середине 1960-х годов отмечалось множество пациентов с самоповреждениями («режущие запястья»), страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, которые требовали интенсивного стационарного лечения и стали хроническими пациентами в психиатрических больницах [6].

Учитывая особую актуальность проблемы суицидов у детей и подростков, сегодняшние исследователи данной проблемы акцентируют внимание на основных вопросах: теоретических моделях суицида, факторах суицидного риска и защитных факторах, способах оценки риска самоубийства у детей и подростков, профилактике суицидального поведения, диагностических методах, психофармакотерапии, психотерапии и психокоррекции.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), за последние 45 лет число самоубийств, совершаемых детьми и подростками, во всем мире увеличилось на 60%, а молодежь является группой высокого риска. В мировом масштабе суицид является третьей по распространенности причиной смерти у юношей и самой частой причиной смертности среди девушек в возрасте от 15 до 19 лет. В последние годы отмечается тенденция к росту частоты случаев добровольной смерти у очень молодых – 13-16-летних. Среди подростков наибольшая частота суицидов отмечается в возрастной категории 15-17 лет. В 2020 г. этот показатель составил 4,7 на 100 тысяч детей данной возрастной группы. Рассматриваемая проблема имеет большую актуальность в глобальном масштабе, так как лица в возрасте от 15 до 29 лет составляют почти четверть мирового

населения (24,6%), а самоубийства молодежи ведут к негативным демографическим и социально-экономическим последствиям.

Организация и апробация результативности подросткового сектора помощи суицидентам и их близким включены в Стратегию развития системы охраны психического здоровья в РФ до 2025 г., предусматривающей обеспечение необходимых условий для разработки инновационных, ресурсосберегающих программ психопрофилактики, психообразования и психопросвещения, адресованных потребителям психиатрической помощи и населению в целом на разных этапах жизненного цикла человека [9].

Оценка риска самоубийства имеет важное значение для принятия соответствующих мер по его снижению. Психиатры должны получить информацию о прошлом подростка и об истории его суицидального поведения. Важны подробности о предшествующих событиях, триггерах, намерениях, серьезности и результатах прошлых актов самоповреждения. При их оценке важна информация об интенсивности содержании мыслей о смерти, о формах недавнего суицидального поведения, а также о наличии планов, намерений, возможностей их реализации и ожидаемых последствиях. Данные, полученные в ходе оценки рисков, должны служить ориентиром для разработки плана кризисного вмешательства.

Несовершеннолетние с суицидальным поведением являются одной из самых сложных категорий пациентов для специалистов всех профессий, работающих с детьми. Авторы многих исследований описывают этих подростков как испытывающих трудности с управлением эмоциями и поведением, что делает этих детей непредсказуемыми, спонтанными, нерациональными в своих действиях. Эмоциональную и поведенческую дисрегуляцию часто усугубляют проблемы подростка с оценкой своего «Я», а также с формированием полноценных и стабильных отношений с членами их семей, со сверстниками. Суицидальное поведение подростков часто сопровождается сопутствующими нарушениями в виде депрессии, тревожных расстройств, девиантными и аддиктивными формами поведения и требует клинической, клинико-психологической оценки уровня риска суицида специалистами детского здравоохранения, методами, отличными от применяющихся у взрослых суицидентов [10].

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НСПП) подростков заслуживает особого внимания, поскольку приобрело в последнее время преобладающий характер. Многие виды саморазрушительного поведения могут не включать в себя сознательное желание умереть, но могут служить некоторым из тех же целей, что и более явные формы суицидальности. Самоповреждающее поведение, как уже говорилось, является актуальной проблемой, особенно среди молодежи. Проведенные в США исследования поведения молодежи, связанного с риском для жизни, показали, что более 6% молодых людей так вели себя уже в период перехода в шестой класс. Такое поведение может выполнять множество функций, включая выражение отчуждения человека от современного общества, а во многих случаях его целью является облегчение переживания душевной боли.

Существует связь между самоповреждающим и суицидальным поведением.

ем. Часто эти две формы поведения могут чередоваться, бывают взаимозаменяемыми. Однако при этом значительный, но доподлинно неизвестный процент людей, наносящих себе вред, никогда не доводит себя до суицида [2, 5, 7].

Обычно люди предпочитают избегать физической боли и защищаться от нее. В некоторых случаях намеренное причинение боли обладает парадоксальной способностью отвлекать и успокаивать психологическую боль. Вызывая у себя физическую боль, некоторые люди достигают степени контроля над своими эмоциями, которая заставляет их чувствовать себя более упорядоченными в хаотичных и подавляющих их жизненных ситуациях. Они наносят себе увечья, чтобы чувствовать себя лучше. Однако членовредительство, ставшее привычным, может представлять серьезную угрозу для общего чувства самоконтроля человека. Даже если пациент использует самоповреждение для достижения чувства самоконтроля, он рискует развить в себе саморазрушительный паттерн с серьезными долгосрочными последствиями, включая повышенный риск психических заболеваний и попыток самоубийства [10].

Самоповреждающие действия относят к поведенческим факторам риска, в том числе несуицидальным. На сегодняшний день такое поведение привлекает значительное внимание как потенциальный фактор риска развития попыток суицида в дальнейшем, как правило, в подростковом возрасте. НСПП или действия отличаются от суицидального поведения несколькими важными аспектами. Одно из основных различий между ними заключается в том, что люди, прибегающие к несуицидальным самоповреждающим действиям, не имеют намерения умереть, а используют их, в первую очередь, как средство регуляции эмоций или самонаказания [11]. Кроме того, несуицидальные самоповреждающие действия имеют гораздо более высокий уровень распространенности, используются чаще и, как правило, имеют более ранний возраст начала, чем суицидальное поведение [15].

М.С. Зинчук с соавт. отмечали, что самоповреждения, (в особенности в форме самопорезов) долгое время определялись как незавершенные суицидальные попытки. Объединение множества случаев любых самоповреждений, различных по механизмам возникновения и прогнозу состояний, в одну группу существенно искажает суицидальную статистику [3]. Избежать этого помогает использование термина парасуицид, предложенного в 1977 г. N. Kreitman⁷. Парасуицидом он назвал несмертельное умышленное самоповреждение или самоотравление, которое направлено на достижение каких-либо желаемых изменений за счет физических последствий, но не приводит к смерти. Часто парасуицидальное поведение трактуется как способ воздействия на окружающих с целью изменения сложившейся ситуации, как своеобразный «призыв о помощи». Среди причин парасуицидов, нередко сочетаемых, можно выделить:

- вытеснение неприятных фактов;
- снижение тревожности;
- жажда внимания;

⁷N. Kreitman. Parasuicide. New Jersey: John Wiley & Sons, 1977. 195 p.

- эгоцентризм, артистизм;
- невыносимость равнодушия;
- склонность ко лжи (как защита);
- суицидальные угрозы (шантаж для достижения желаемой цели);
- «манипулятивная суицидальная попытка»

М.С. Зинчук с соавторами отмечают, что парасуициды (в особенности в форме самопорезов) долгое время определялись как незавершенные суицидальные попытки. Такой термин, приписывая суицидальную интенцию всякому самоповреждению, на деле объединял множество различных по механизмам возникновения и прогнозу состояний, существенно искажая суицидальную статистику. За рекомендованным ВОЗ термином «парасуицид», как и за выражением «суицидальные жесты» (suicidal gesture), закрепилась традиция использования в случаях с отчетливо выраженной интенцией привлечения внимания и явной вторичной выгодой.

В настоящее время отмечается более широкое понимание термина парасуицид. Допустимо его использование при оценке парасуицидального экстравертного адаптационного поведения:

- у гистрионных (лат.: *histrio* – актер) личностей, манипулирующих окружением, старающихся быть в центре внимания;
- у выражающих таким образом протест лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях [3].

Особой формой совершения парасуицида является самоувечье (self-mutilation), при котором происходит умышленное причинения заведомо тяжелого вреда своему здоровью без намерения умереть. Наиболее тяжелыми вариантами, свидетельствующими, как правило, о психотических расстройствах и/или умственной отсталости, являются аутоэнуклеация глазного яблока, самокастрация, аутоампутация и пр.

Термин «*преднамеренное самоповреждение*» (англ.: *deliberateself-harm* – умышленное самоповреждение) по-разному использовался в литературе и включал наряду с самопорезами другие аутоагрессивные действия, объединял случаи самоповреждения как с несуйцидальной, так и с суицидальной мотивацией. Помимо самопорезов, к преднамеренным самоповреждениям относились «повторяющегося самоувечья» (англ.: *repetitiveself-mutilation* – повторяющееся умышленное увечье).

Термин «*поверхностные/умеренные самоповреждения*» (англ.: *superficial/moderateself-injury*) используется редко, вместо него наибольшее распространение получил уже упоминавшийся термин НССП (англ.: *nonsuicidalself-injury* – NSSI) с той разницей, что применяется исключительно к ситуациям повреждения кожных покровов, не представляющих угрозы для жизни» [3].

По версии Международного общества по изучению самоповреждений (2007) НСПП (NSSI) определяются следующим образом: «Социально неприемлемое, преднамеренное и прямое повреждение тканей собственного тела без суицидальных намерений» [17]. В этом определении «прямое» подразумевает, что деяние имеет немедленные физические последствия, например, раны, полу-

ченные в результате порезов. Таким образом, определение исключает косвенное членовредительство, относящееся к поведению, которое в конечном итоге может привести к физической травме, такой, как расстройство пищевого поведения, передозировка лекарств, злоупотребление психоактивными веществами, курение или другое поведение, при котором повреждение является результатом химических процессов в организме. Самоповреждение должно быть преднамеренным, в отличие от поведения, которое случайно приводит к собственной травме. В определении также указывается, что травма должна воздействовать на «ткани тела», а ее степень может варьировать от поверхностных царапин или синяков до более серьезных повреждений, например, глубоких порезов. Акт должен быть «социально неприемлемым»; это исключает самоповреждающее поведение, которое более или менее санкционировано культурой (нанесение пирсинга, татуировки, модификации тела и обряды посвящения), и здесь не рассматривается [12]. Наконец, акт членовредительства не обусловлен желанием или намерением совершить самоубийство. Если кто-то режет руку с желанием вскрыть артерию, чтобы истечь кровью и из-за этого умереть, то это, естественно, форма членовредительства, но, поскольку это должно быть классифицировано как попытка самоубийства, это выходит за рамки определения членовредительства.

Неосознаваемыми или частично осознаваемыми целями самоповреждений могут быть:

- своеобразное наказание себя при низкой самооценке;
- испытание себя, своего мужества;
- желание почувствовать себя хозяином своего тела, его границ;
- попытка уменьшить душевную боль, заменив ее физической.

При выраженной депрессивной симптоматике, нередко сопровождаемой аутопсихической деперсонализацией, то есть «скорбным бесчувствием» (лат.: *anaesthesia psychica dolorosa*), цель причинения себе боли – преодоление чувства эмоционального опустошения, желание пережить хоть что-нибудь [16]. При личностных пограничных расстройствах НСПП проявляется самопорезами (селфхарм, англ.: *self-harm*); навязчивым выдергиванием волос – трихотилломанией (греч.: *thrix* – волос; *tillein* – выдергивать; *mania* – страсть); навязчивым обгрызанием ногтей – онихофагией (греч.: *onikho* – ноготь; *fagiya* – поедать), аутопирсинг (англ.: *auto* – сам; *piercing* – прокол) – прокалывание себя и пр. В последние годы это встречается все чаще, причем и у лиц более младшего возраста – в 12-13 лет, и преобладают среди них девушки [4]. Самоповреждающие действия (аутоагрессивное поведение) могут носить характер невротических или неврозоподобных реакций и ритуалов. К ним относятся:

1. Действия, производимые без помощи предметов:

- онихофагия;
- трихотилломания или аутодепиляция (греч.: *autos* – сам; лат.: *de* – приставка, означающая удаление, отделение; *pilus* – волос) – покручивание, выдергивание волос;
- экскориаии (расчесывание и расцарапывание кожи до крови, сковыри-

вание болячек, обдиране заусениц);

- покусывания себя (губ, рук и пр.);
- самоудары кулаками и др.;

2. Действия, производимые с помощью предметов:

- порезы, прокалывания различных частей тела острыми предметами;
- прижигания кожи;
- самоудушение;
- самоудары о твердые поверхности;
- употребление агрессивных жидкостей (уксусной эссенции, растворителей и пр.) с целью ожога пищевода;
- отравления лекарствами, химическими веществами;
- использование алкоголя, табака, психоактивных веществ не только с целью удовлетворения влечения к получению впечатлений, но и с целью самоповреждения.

3. Поведение, приводящее к самоповреждению:

- чрезмерные физические нагрузки с целью причинения себе вреда;
- участие в драках, в которых непременно будут нанесены травмы;
- преднамеренная передозировка медикаментов;
- поведение, связанное с пищевым влечением (булимия, анорексия, vomiting (рвота), трихофагия), приводящее к нарушению здоровья и др.

Часто встречается сочетание разных действий, относящихся к проявлению нарушений разных влечений. Например, выдергивания волос (трихотилломании) и их поедания (трихофагии) отражает самоповреждение и дизорексию, применение алкоголя, наркотика нередко связано с целью не только опьянения, но и самоповреждения [1].

Как правило, самоповреждение проводится в тайне. При порезах на руках стараются носить одежду с длинными рукавами, их скрывающими, но не тогда, когда самоповреждение носит подражательный характер, демонстративный. В этом случае его цель – привлечь внимание окружающих к своим переживаниям, получить помощь [2, 8].

Акт самоповреждения позволяет снизить уровень тревоги, чувства собственного бессилия, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Это приносит временное облегчение [14]. К. Menninger считал, что локальное самоповреждение является частичным суицидом и предпринимается с целью предотвратить полный суицид [6].

В клинической практике определение того, есть ли у пациента суицидальные намерения, играет ключевую роль как для оценки риска, так и для планирования лечения. В научных исследованиях, особенно в исследованиях распространенности, важно выяснять, включает ли определение членовредительства суицидальное или несуицидальное поведение. Попытка самоубийства отличается от несуицидального членовредительства. В некоторых исследованиях, к сожалению, не различают, является ли членовредительство суицидальным или несуицидальным поведением. Крупное многонациональное исследование CASE, в котором приняло участие более 30 000 респондентов из семи стран, показало,

что чуть более 70% наносят себе увечья, чтобы избавиться от психологического стресса, в то время как 59% мотивированы желанием покончить с собой. Суицидальные намерения являются второй наиболее частой причиной членовредительства, а потому различение суицидального и несуицидального поведения жизненно необходимо.

A.R. Favazza, R.J. Rosenthal предложили типологию НССП, которая до сих пор используется в модифицированной форме как в исследованиях, так и в клинической практике, хотя она в значительной степени прагматична по своей природе и не очень сложна. Это отражает то, насколько трудно разработать систематическую, содержательную и полезную типологию такого сложного явления, как самоповреждение [13].

В самой последней версии оригинальной таксономии A.R. Favazza различает четыре различных типа НССП:

- 1) серьезный (или тяжелый);
- 2) стереотипный;
- 3) импульсивный;
- 4) компульсивный.

Серьезное или тяжелое самоповреждение является значительным и брутальным, таким как энуклеация глаз и ампутация частей тела, и обычно связано с психотическим состоянием. Серьезное самоповреждение встречается относительно редко.

Стереотипное самоповреждение характеризуется частым, повторяющимся, часто монотонным и ритмичным самоповреждением, как это наблюдается у пациентов с аутизмом, умственной отсталостью. Импульсивное самоповреждение является наиболее распространенной формой и включает в себя порезы, ожоги, царапины, удары и другие действия, приводящие к менее серьезному повреждению тканей. В частности, поверхностная и импульсивная форма самоповреждения используется для достижения быстрого, но кратковременного избавления от внутреннего напряжения и, таким образом, может служить средством регуляции аффекта, дающем кратковременное облегчение за счет снижения интенсивности болезненных эмоций.

Компульсивное самоповреждение – это повторяющееся, часто ритуализированное самоповреждение, такое как трихотилломания, грызение ногтей,ковыряние кожи, обкусывание губ, слизистых рта, царапанье [14].

Сравнительно недавно клиницисты стали выделять 3 степени (формы) самоповреждений:

- легкую (низкая частота, поверхностное физическое повреждение);
- умеренную (умеренная тяжесть, требующая медицинского лечения, такого как, к примеру, наложение швов);
- тяжелую (частое, тяжелое, со значительными физическими повреждениями) [19].

В DSM-5 предложенные критерии несуицидального самоповреждения были включены в раздел 3 в подразделе «Условия для дальнейшего изучения». В диагнозе подчеркивается, что расстройство НССП (NSSI) не является частью

других расстройств (например, симптомом депрессивного расстройства), а признается автономным диагнозом. Критерии не предназначены для клинического диагноза, но предназначены для достижения консенсуса в отношении общего определения для использования в научных исследованиях. Согласно предложенному определению, эпизод НССП должен был произойти не менее пяти раз за последний год без намерений самоубийства и направлен на уменьшение негативных чувств, решение межличностной проблемы или достижение позитивного эмоционального состояния. Человек, нанося себе повреждения, испытывает облегчение от этого действия, и, таким образом, диагноз подразумевает основной мотив достижения желаемого психологического изменения. Такое поведение не является социально санкционированным (как, например, пирсинг, татуировка) и вызывает клинически значимый дистресс или нарушение социального функционирования. Если к НССП прибегают часто, то это будет связано с тягой к самоповреждению и, таким образом, будет восприниматься как форма зависимости. Со временем ущерб, нанесенный самому себе, может стать более серьезным и обширным.

В обзоре 16 эмпирических исследований M. Zetterqvist [20] обнаружил, что критерии DSM-5 могут быть использованы для выявления групп людей, имеющих большее количество психопатологических нарушений, чем у лиц контрольной группы и лиц с НССП, которые не соответствовали критериям DSM-5. Тем не менее, продолжается дискуссия об актуальности различных критериев в DSM-5.

Одними из наиболее важных в дифференциальной диагностике являются попытки самоубийства или суицидальные самоповреждения. Хотя клиницисты не всегда проводят различие между суицидальным и несуйцидальным самоповреждением, важно рассматривать их как разные явления. Существует значительное сходство между НССП и попыткой самоубийства. Оно состоит в том, что многие, кто наносит себе увечья, также пытаются покончить жизнь самоубийством, и наоборот. Популяционные и клинические исследования показали, что НССП увеличивает риск попытки самоубийства, являясь фактором риска, который служит более сильным предиктором будущих попыток самоубийства, чем, допустим, предыдущие попытки. Порезы, царапины или ожоги кожи хотя и повреждают организм, редко опасны для жизни. Это контрастирует с попытками самоубийства, которые часто бывают более серьезными с точки зрения методов (способов), травм и риска смерти. Люди, которые пытаются покончить с собой, с большей вероятностью чувствуют безнадежность, чем люди, которые наносят себе увечья без суицидальных намерений. Лица, которые прибегают к НССП, обычно испытывают значительно большее влечение к жизни, больше причин для жизни, более позитивное мышление о будущем и меньшую безнадежность.

Наконец, существуют различия в реакциях человека после членовредительства с суицидальными намерениями по сравнению с людьми, совершившими НССП. Последнее вызывает чувство облегчения, либо регулируя негативные чувства, либо вызывая положительные чувства, чего не происходит после попытки самоубийства.

К факторам риска постоянного самоповреждения относятся издевательст-

ва, стресс, связанный со школой, проблемы в отношениях с друзьями и родителями, алкоголь, наркотики, проблемы сексуальной идентичности и психические расстройства. Многие начинают НССП, услышав о членовредительстве от друга, и чем ближе отношения, тем выше риск «социального заражения». Также молодые люди сообщают, что изначально нанесли себе увечья в связи с конкретным конфликтом или стрессором, но сделали это, потому что столкнулись с практикой членовредительства в сети интернет или приняли решение о членовредительстве, копируя популярного музыканта или другую знаменитость.

Хотя большинство молодых людей, которые наносят себе увечья, испытывают спонтанную ремиссию до того, как они достигают совершеннолетия, и большинство из них демонстрировало такое поведение всего несколько раз, риск повторения такого поведения является значительным [19].

Итак, НССП является неспецифическим или трансдиагностическим симптомом и сам по себе не является показателем определенной структуры личности или определенного личностного стиля. Не существует такого понятия, как «личность НССП».

НССП выполняет различные функции у разных людей. Оценка пациента с НССП зависит от ряда условий, в том числе от временных ограничений, отношений клинициста с пациентом (независимо от того, является ли он, например, врачом общей практики, врачом или медсестрой отделения неотложной помощи, психологом или психиатром, психотерапевтом) и конкретным контекстом лечения.

Оценка пациентов на НССП может проводиться формализованным способом, с помощью анкет и установленных протоколов для введения и оценки или, более неформально, в полуструктурированном личном интервью. Последнее предоставляет более подробную информацию о личности и поведении пациента в клинической ситуации. Личное собеседование позволяет клиницисту адаптироваться к динамике взаимоотношения и сосредоточиться на соответствующих вопросах по мере их возникновения. В частности, это позволяет клиницисту наблюдать за невербальным поведением пациента и, таким образом, дает представление о том, как пациент относится к обсуждению НССП.

Полуструктурированное клиническое интервью является наиболее распространенным способом оценки пациентов. В некоторых полуструктурированных интервью используются аббревиатуры, чтобы помочь клиницистам не упустить определенные области оценки

Большинство вопросов касается форм самоповреждения, чтобы получить подробную информацию о специфике действий при НССП. Это включает в себя:

- методы НССП (например, резка, прижигание или удар);
- частоту сейчас и раньше (Когда был последний инцидент? Что произошло?);
- степень физической травмы в типичном инциденте НССП;
- самый последний инцидент;
- самый тяжелый инцидент;
- как часто человек нуждался в медицинской помощи после самоповреждения

дения (например, в посещении врача поликлиники или отделения неотложной помощи);

- время начала НССП;
- развитие (динамика) с тех пор;
- периоды повышенной интенсивности или отсутствия НССП;
- любое увеличение толерантности (требуется ли более тяжелое повреждение для достижения того же эффекта);
- попытки отказаться от самоповреждений, количество, эффективность;
- локализация травм (руки, ноги, туловище, лицо, половые органы, грудь);
- сколько травм пациент наносит в типичном инциденте;
- какие инструменты использовались (например, лезвие бритвы, нож, ножницы, осколок стекла, скальпель).

Оценка должна касаться того, сколько различных способов человек использует для самоповреждений, и изменились ли методы (способы) с течением времени. 80% людей, использующих НССП, применяют более одного способа (обычно два или три). Чем больше количество способов, тем больше риск суицидального поведения [18].

Многолетние наблюдения и исследования показали правоту К. Menninger, утверждавшего еще в прошлом столетии, что самоповреждение может служить формой «самолечения», позволяющей человеку избежать решительных попыток самоубийства. Попытки самоубийства людей, регулярно наносящих себе увечья, часто совершаются в периоды, когда они это перестают делать и аффективно-регулирующая функция самоповреждения уменьшается или полностью исчезает. Таким образом, при работе с отдельным пациентом важно изучить намерение, стоящее за самоповреждающим поведением, с тем чтобы различить членовредительство и истинные суицидальные намерения, что крайне важно: неспособность провести различие между ними может привести к неточной концептуализации случая, ошибочной оценке риска, неадекватным профилактическим мерам и неэффективному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков И.В., Фесенко Ю.А. Влечения детей и подростков: становление, проявления, отклонения. СПб.: Проспект Науки, 2022. 300 с.
2. Дэвис Дж.Л. Порезы и членовредительства: предупреждающие знаки и лечение. WebMD, 2018.
3. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 2019. Т. 119. № (3). С. 108-119.
4. Изнак Е.В., Дамянович Е.В., Левченко Н.С. и др. Асимметрии ЭЭГ у пациенток юношеского возраста при депрессиях с разными видами аутоагрессивного поведения // Психиатрия, 2020. Т. 18. № 3. С. 4-21.
5. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть 1 // Суицидология, 2020. № 1103 (40). С.44-71.
6. Меннингер К. Война с самим собой: пер. с англ. М.: ЭКСМОПресс,

2000. 480 с.

7. Носова Е.С. и др. Эпидемиология самоубийств в мире и факторы риска суицидального поведения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2021. № 4. С. 4-17.

8. Польская Н. А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия, 2016. Т. 24. № 3. С. 110-125.

9. Распоряжение Правительства РФ от 26.04.2021 № 1058-р. «Комплекс мер до 2025 года».

10. Суициды у несовершеннолетних: учебник для вузов. Ю.А.Фесенко М.В. Романовская Е.Ю. Андреева Д.А. Бычковский. М.: Издательство Юрайт, 2024. 260 с.

REFERENCES

1. Dobryakov I.V., Fesenko Yu.A. Vlecheniya detej i podrostkov: stanovlenie, proyavleniya, otkloneniya. SPb.: Prospekt Nauki, 2022. 300 s.

2. De`vis Dzh.L. Porezy` i chlenovreditel`stva: preduprezhdayushhie znaki i lechenie. WebMD, 2018.

3. Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Gekht A.B. Nesuicidal`noe samopovrezhdayushhee povedenie pri psikhicheskikh rasstrojstvakh nepсихотического уровня: e`pidemiologiya, soczial`ny`e i klinicheskie faktory` riska // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova, 2019. T. 119. # (3). S. 108-119.

4. Iznak E.V., Damyanovich E.V., Levchenko N.S. i dr. Asimmetrii E`E`G u pacientok yunosheskogo vozrasta pri depressiyakh s razny`mi vidami autoagressivnogo povedeniya // Psikiatriya, 2020. T. 18. # 3. S. 4-21.

5. Lyubov E.B., Zotov P.B. Nesuicidal`ny`e samopovrezhdeniya podrostkov: obshhee i osobennoe. Chast` 1 // Suicidologiya, 2020. # 1103 (40). S.44-71.

6. Menninger K. Vojna s samim soboj: per. s angl. M.: E`KSMOPress, 2000. 480 s.

7. Nosova E.S. i dr. E`pidemiologiya samoubijstv v mire i faktory` riska suicidal`nogo povedeniya // Byulleten` Naczional`nogo nauchno-issledovatel`skogo instituta obshhestvennogo zdorov`ya imeni N.A. Semashko. 2021. # 4. S. 4-17.

8. Pol`skaya N. A. Modeli korrekczii i profilaktiki samopovrezhdayushhego povedeniya // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya, 2016. T. 24. # 3. S. 110-125.

9. Rasporyazhenie Pravitel`stva RF ot 26.04.2021 # 1058-r. «Kompleks mer do 2025 goda».

10. Suicizidy` u nesovershennoletnikh: uchebnik dlya vuzov. Yu.A.Fesenko M.V. Romanovskaya E.Yu. Andreeva D.A. By`chkovskij. M.: Izdatel`stvo Yurajt, 2024. 260 s.

11. Andover M.S., Gibb B.E. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients // Psychiatry Res., 2010. Vol. 178. P. 101-105.

12. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry. Second edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996.

13. %%% Diagnostic issues in self-mutilation // Hospital and Community Psychiatry. 1993. Vol.44 (2). P.134–140.
14. Favazza A.R. Non suicidal self-injury: How categorization guides treatment // Current Psychiatry. 2012. Vol. 11 (3). P. 21–27.
15. Glenn C.R., Lanzillo E.C. et al. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents // Journal of Abnormal Child Psychology, 2017. Vol. 45 (5). P. 971-983.
16. Groschwitz R.C., Plener P.L. The neurobiology of non-suicidal self-injury (NSSI): A review // Suicidology Online, 2012. Vol. 3. P. 24–32.
17. The International Society for the Study of Self-Injury (ISSS), 2007. Retrieved from <http://itriples.org>
18. Wester K.L. et al. The relationship between non-suicidal self-injury and suicidal ideation // Journal of Counseling and Development, 2016. 94(1). 3–12.
19. Whitlock J.L. et al. Helping schools support caregivers of youth who self-injure: considerations and recommendations // School Psychology International. 2018. Vol. 39 (3). P. 318-328.
20. Zetterqvist M. et al. Self-reported non-suicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI): Relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment // Psychiatry Research. 2018. Vol. 265. P. 309-316.

M.V. Romanovskaya¹, I.V. Dobriakov^{2,4}, Yu.A. Fesenko^{1,3}

SELF-HARM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

¹Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named after S.S. Mnukhin, ²V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, ³St. Petersburg State Pediatric Medical University (St. Petersburg), ⁴Moscow Institute of Psychoanalysis (Moscow).

Summary. The article is devoted to one of the manifestations of suicidality – self-harm, which has become widespread among young people today. The article highlights the issues of risk of suicidal behavior from the perspective of the problems of the developing personality of adolescents. It presents the differences between non-suicidal self-harm behavior (NSSHB) or actions and true suicidal behavior. The article shows how auto-aggressive behavior can manifest itself in the form of self-harm actions, and analyzes the types and methods of such actions.

Keywords: self-harm, suicidal tendencies, autoaggression, adolescents, and suicide risk.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-
гии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.

2. **Статья набирается в редакторе Word, шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.**

3. **Графики, рисунки, диаграммы изображаются В ЧЕРНО-БЕЛОМ ФОРМАТЕ, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ в Word'e.**

4. **Объем работы: авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).

5. В начале каждого материала указываются: **УДК**, авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Госстандарта, вначале источники на русском языке (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011(11), № 2, с. 141).

10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.

11. Плата за публикацию статей не взимается.

12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.

13. В случае наличия замечаний рецензента рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа автора.

14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.

15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 15.09.2026 г.

Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.

Печать цифровая.

Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»

ООО «Сам Полиграфист»

129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.

www.onebook.ru