

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 159.922.7

Данилова Е.М., Титиевский С.В., Побережная Н.В.

СОЦИАЛЬНО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕССИВНОСТИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР, Российская Федерация

В современном мире состояние психического здоровья детей и подростков приобрело исключительное значение. Расстройства поведения по своей социально-психологической значимости являются одной из актуальных проблем детской и подростковой психиатрии, имея при этом достаточно высокую распространенность (до 10%) среди других патологий психики.

В настоящее время расстройства поведения определяются как патологические формы нарушений поведения непсихотического уровня, возникающие в детском и подростковом возрасте под влиянием хронической психотравмирующей ситуации, неблагоприятной микросоциальной среды и неправильных форм воспитания ребенка, а также, в некоторых случаях, на фоне минимальной резидуальной церебрально-органической недостаточности, дисгармонично протекающего переходного возрастного криза или генетически обусловленных патологических черт характера [1].

Нарушения поведения, как правило, характеризуются этапностью формирования, полиморфизмом, стойкостью и выраженностью, а также склонностью к генерализации. Эти нарушения приобретают характер патологического стереотипа, не влияют на интеллектуальные способности и приводят к социально-психологической дезадаптации у детей и подростков. Еще большую значимость проблема расстройств поведения приобретает в пубертатный период, который характеризуется как период мучительных переживаний, потрясений, коллизий, своеобразная эпоха «бури и натиска» в становлении личности [2].

Согласно справочной психиатрической литературе, поведение определяется как психологическая и физическая манера вести

себя, с учетом стандартов, установленных в социальной группе, к которой принадлежит индивид. В связи с этим нарушения поведения рассматриваются как повторяющиеся устойчивые действия или поступки, включающие главным образом агрессивность деструктивной направленности с картиной глубоко распространившейся дезадаптации поведения, проявляющегося либо в попрании прав других людей, либо в нарушении характерных для данного возраста социальных норм или правил. При этом, основными диагностическими критериями нарушений поведения являются воровство, побеги из дома, намеренная лживость, прогулы школьных занятий, участие в поджогах, вандализм, нападения на людей, разрушение чужой собственности, физическое или сексуальное насилие, жестокость по отношению к людям или животным.

С точки зрения деструктивной направленности различают: нарушения поведения – одиночный агрессивный тип; нарушения поведения – групповой агрессивный тип и нарушения поведения в виде непокорности и непослушания.

С точки зрения социальной направленности различают социализированное антиобщественное поведение и несоциализированное агрессивное поведение. К первой группе относятся дети и подростки, не имеющие ярко выраженных психических расстройств и легко адаптирующиеся к различным социальным условиям из-за низкого морально-волевого уровня регуляции поведения. Ко второй группе относятся индивиды с негативным эмоциональным состоянием, которое является реакцией ребенка на напряженную, стрессовую ситуацию или психическую травму, либо представляет собой следствие неудачного

разрешения каких-то личных проблем или трудностей.

А.Г.Амбрумова, Л.Я.Жезлова выделяют четыре основных типа нарушений у детей и подростков: антисоциальные (антиобщественные), делинквентные (противоправные), дисциплинарные и аутоагрессивные. Вне зависимости от направленности и особенностей поведения в большинстве подходов агрессивность является основной качественной характеристикой нарушений поведения [3].

Кризисные процессы в современном обществе негативно сказываются на психологическом состоянии детей и подростков, порождая агрессию и жестокость. Общая социальная напряженность провоцирует увеличение количества молодежи с агрессивным поведением. Возникают новые виды асоциального и антисоциального поведения, растет число несовершеннолетних с девиантным поведением, подростки участвуют в молодежных радикальных объединениях, совершают правонарушения и преступления различной степени тяжести. Беспрецедентный рост уровня агрессии в подростковой среде стал одной из острейших проблем нашего общества.

За последние десятилетия многие исследователи в нашей стране и за рубежом занимались исследованиями проблемы агрессии, изучая с самых разных точек зрения агрессивное поведение.

Как показывают данные наблюдений, агрессивные подростки, как правило, имеют некоторые общие черты. Они обладают низким уровнем интеллектуального развития, неустойчивыми интересами, повышенной внушаемостью, подражательностью, несформированностью нравственных представлений и бедностью ценностных ориентаций. Они эмоционально грубы, озлоблены против сверстников и окружающих взрослых. У таких подростков наблюдается крайняя самооценка: она может быть как завышенной, так и заниженной. Их отличают повышенная тревожность, эгоцентризм, неумение находить выход из трудных ситуаций. Защитные механизмы преобладают над другими механизмами, регулирующими поведение [4].

Таким образом, агрессивность детей и подростков, наиболее значимая как при нарушениях их поведения в целом, так и, в особенности, при клинически сформированных расстройствах поведения, относится к числу наиболее значимых социально-психо-

логических проблем и требует комплексного рассмотрения для последующей успешной медико-психолого-педагогической коррекционной работы, в значительной степени учитывающей социально-патопсихологические особенности таких больных.

Целью исследования являлось изучение социально-патопсихологических аспектов агрессивности при расстройствах поведения.

Материал и методы исследования

Нами изучена медицинская документация детей и подростков с наличием расстройств поведения, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Республиканской психиатрической больницы МЗ ДНР. Проанализированы данные 71 больного (женского пола – 11 чел. (15,5%) и мужского пола – 60 чел. (84,5%)), страдающего данными расстройствами, в возрасте от 6 до 16 лет. Результаты исследования обработаны с использованием компьютерного пакета статистического анализа «Statistica 5.0».

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст больных составил 12,7 лет ($SD=2,1$). У большинства из них диагностировано несоциализированное расстройство поведения (F91.1) (51 чел., 71,8%), в 19 случаях (26,8%) констатировано наличие социализированного расстройства поведения (F91.2), в 1 случае (1,4%) – оппозиционно-вызывающего расстройства поведения (F91.3).

В городах постоянно проживали 66 чел. (93,0%), 5 чел. (7,0%) являлись жителями поселков городского и сельского типов.

В полных семьях воспитывались лишь 15 чел. (21,1%), причем, в 8 случаях (11,3%) – матерью и отчимом.

В наибольшем же количестве случаев (33 чел., 46,5%) семьи были неполными (в том числе, малообеспеченными, многодетными): мать, мать и бабушка, отец. При этом, воспитывающий родитель мог страдать тяжелым соматическим заболеванием (быть инвалидом), злоупотреблять алкоголем, а братья (сестры) больных в некоторых случаях находились в местах лишения свободы. Страдающий несоциализированным расстройством поведения шестнадцатилетний подросток из этой группы рос и воспитывался в неблагополучной семье: был неоднократно избит отчимом, мать злоупотребляла алкоголем. Родной отец интереса к ребенку не проявлял, воспитанием не занимал-

ся. Когда ребенку исполнилось 14 лет, умерла (повесилась) мать. Мальчик проживал с бабушкой и дедушкой. После смерти матери отец стал активно участвовать в воспитании сына.

В 18 случаях (25,4%) больные были лишены родительской опеки, воспитываясь родственниками (сестрой, бабушкой, тётёй, дядей) либо находясь на государственном обеспечении или в приёмных семьях. У 14-летнего подростка этой группы с наличием несоциализированного расстройства поведения отец убил мать, когда ребенку было 6 лет. Воспитывался сестрой и бабушкой-опекуном, с 11 лет находится на государственном обеспечении. У девочки 14 лет с несоциализированным расстройством поведения была асоциальная семья, родители злоупотребляли алкоголем, отец болел туберкулезом легких. Девочка находилась в Доме ребенка с 2 до 3 лет, с 3 до 10 лет – в приемной семье, с 10-ти лет – в школе-интернате.

Сиротами являлись 5 (7,0%) детей. Страдающий социализированным расстройством поведения 13-летний подросток – сирота с 3 лет; опекуном являлась бабушка, которая отказалась от ребенка, когда ему исполнилось 13 лет. Когда 16-летнему подростку с наличием социализированного расстройства поведения исполнилось 7 лет, его мать признали безвестно отсутствующей, 11 лет – умер от сердечного приступа отец. Опекуном назначили бабушку, а затем – дядю.

Возраст первой госпитализации исследуемых варьировал в пределах от 6 до 16 лет, в среднем, составив 11,9 лет ($SD=2,3$). Кратность госпитализаций исследуемых – от 1 до 5, в среднем, – 1,5 ($SD=0,8$), длительность последней госпитализации – от 13 до 46 дней, в среднем, 28,1, при $SD=7,6$ (2-й раз в жизни госпитализированный (первый раз – в 14 лет) подросток 16-ти лет с социализированным расстройством поведения после 13 дней стационарного лечения ушел с отцом на свидание и не вернулся; первично госпитализированный и лечившийся 41 день 15-летний больной с социализированным расстройством поведения за время пребывания в отделении совершил побег, был найден сотрудниками РОВД).

При экспериментально-психологическом исследовании больных использованы опросник характерологических особенностей личности Т.В.Матолина, пробы на обобщение, исключение и способность делать умозаключения, методики словесно-ассоциативного

эксперимента А.Г.Иванова-Смоленского, «Пиктограмма» А.Р.Лурия, «Прогрессивные матрицы Равена», обучающий эксперимент «Кубики Кооса», тест «пятна Г.Роршаха», проективный графический психометрический тест измерения интеллекта Ф.Гудинаф в адаптации С.С.Степанова «Нарисуй человека», арифметические пробы, интерпретация пословиц и поговорок, методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн, графическая проективная методика «Дом. Дерево. Человек», методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса.

В результате обследования у 51 (71,8%) больного выявлено наличие деприваций (социально-культурных, эмоциональных, эмоционально-интимных (в том числе, семейных деприваций эмоционального характера (формальный тип отношений между опекуном и испытуемым, по типу попустительско-безнадзорного варианта), когнитивных, коммуникативных). В ряде случаев социально-культурные депривации (в частности, обусловленные негативным опытом семейной социализации) выступали в роли стержневых характеристик жизни испытуемого, определяя возникновение социальной дезадаптации, трудностей социальной интеграции в коллективе сверстников, нарушений продуктивности эмоционально-волевой саморегуляции, декомпенсаторного поведения по эмоционально неустойчивому типу, агрессивного поведения как формы социально-защитного компенсаторного поведения, а также недоразвития предпосылок интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, восприятия), интеллектуального снижения (задержек психического развития) до уровня субнормы. Интеллектуальная субнорма развития констатировалась также вследствие жестких когнитивных семейных деприваций (острая педзапущенность), отсутствия должного педагогического надзора и обучения в более раннем возрасте. Семейные депривации определены и как порождающие компенсаторные реакции: агрессию, раздражительность, нетерпеливость.

С помощью экспериментально-психологических методик обследования гетероагрессивные проявления выявлены у 52 (73,2%) исследуемых. При этом, в 47 (66,2%) случаях выявленную агрессию (агрессивность) можно оценить как выраженную, в 5 (7,0%) – как незначительную. В основном, при проведении патопсихологических исследований констати-

ровано наличие компенсаторной агрессивности как следствия социальных и культурных деприваций в развитии личности.

Отмечены также следующие психологические свойства исследуемых: эмоциональная неустойчивость (28 чел., 39,4%), истероидный стиль поведения (10 чел., 14,1%), стремление к лидерству (9 чел., 12,7%), пониженная самооценка (8 чел., 11,2%), злопамятность (7 чел., 9,8%), эгоизм (7 чел., 9,8%), скрытность (замкнутость, недостаточная коммуникабельность) (6 чел., 8,4%), демонстративно-шантажный стиль поведения (2 чел., 2,8%), повышенная самооценка (2 чел., 2,8%).

Таким образом гетероагрессивные проявления преобладали среди выявленных психологических свойств исследуемых.

Уровень интеллектуального развития исследован в 67 случаях. У 35 (52,2%) больных он определен как норма развития, у 30 (44,8%) исследуемых обнаружены признаки интеллектуального снижения до субнормы, причём, у 13 (19,4%) из них интеллектуальное снижение до субнормы оценено как имеющее культурный генез: оно возникло вследствие деприваций, в основном, из-за отсутствия должного педагогического надзора и обучения в более раннем возрасте (в данных случаях делались выводы о наличии задержки психического развития на фоне массивных социально-культурных деприваций развития, о состоянии педагогической запущенности). В 2 случаях (3,0%) у исследуемых констатировано когнитивное снижение.

Результаты корреляционного анализа результатов исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Обращают на себя внимание выявленные особенности исследованных больных с наличием несоциализированного расстройства поведения (F91.1), которым присущи (в большей степени, чем пациентам с социализированным расстройством поведения (F91.2)) следующие характеристики: воспитание в неполной семье, нормальный уровень интеллекта, эмоциональная неустойчивость, скрытность и эгоизм.

При социализированном, в отличие от несоциализированного, расстройстве поведения для исследуемых в большей степени были характерны: проживание в городе, статусы сироты и лишённого родительской опеки, субнормальный уровень интеллекта, в том числе, вследствие деприваций, пониженная

самооценка, злопамятность, стремление к лидерству (при отсутствии соответствующих качеств), демонстративно-шантажный и истероидный стили поведения.

Проявления агрессии (агрессивности) достоверно коррелировали с обоими видами расстройств поведения, однако, без значимой специфики для каждого из них.

Как следует, из табл. 2, гетероагрессия в целом у исследуемых в наибольшей степени была связана с их повышенной либо пониженной самооценкой, скрытностью, эгоизмом, злопамятностью, в несколько меньшей степени – с наличием статуса сироты, воспитанием в неполной семье, нормальным уровнем интеллекта (в то же время, – и с когнитивным снижением), эмоциональной неустойчивостью, демонстративно-шантажным стилем поведения.

Выраженную агрессивность в большей степени характеризовала связь со скрытностью, повышенной самооценкой, эгоизмом, в несколько меньшей – с воспитанием в неполной семье, когнитивным снижением, эмоциональной неустойчивостью, пониженной самооценкой, злопамятностью, демонстративно-шантажным стилем поведения. Воспитание в неполной семье и эгоизм в большей степени были характерны для выраженной агрессивности, по сравнению с агрессивностью незначительной, наиболее отчетливо связанной со статусом сироты, когнитивным снижением, повышенной самооценкой, демонстративно-шантажным стилем поведения, в несколько меньшей степени – со злопамятностью, пониженной самооценкой, скрытностью, воспитанием в полной семье, нормальным и субнормальным (вследствие деприваций) уровнями интеллекта, проживанием в городе, статусом лишённого родительской опеки, эмоциональной неустойчивостью, эгоизмом, стремлением к лидерству (без особых оснований), истероидным стилем поведения. Следует отметить, что проживание в городе, статусы сироты, а также лишённого родительской опеки, воспитание в полной семье, нормальный и субнормальный (вследствие деприваций) уровни интеллекта, стремление к лидерству (без особых оснований) и истероидный стиль поведения в большей степени характеризовали у исследуемых незначительную агрессивность, чем агрессивность выраженную.

**Результаты корреляционного анализа при расстройствах поведения у исследуемых
(ρ по Спирмену)**

	Несоциализированное расстройство поведения (F91.1)	Социализированное расстройство поведения (F91.2)
Проживание в городе	-	0,36**
Статус сироты	-	0,39***
Статус лишенного родительской опеки	-	0,30**
Воспитание в неполной семье	0,32**	-
Нормальный уровень интеллекта	0,32**	-
Субнормальный уровень интеллекта	-	0,32**
Субнормальный уровень интеллекта вследствие деприаций	-	0,42***
Когнитивное снижение	0,46***	0,36**
Эмоциональная неустойчивость	0,41***	-
Незначительная агрессивность	0,36**	0,31**
Скрытность	0,37**	-
Повышенная самооценка	0,35**	0,44***
Пониженная самооценка	-	0,35***
Эгоизм	0,37**	-
Злопамятность	-	0,39***
Стремление к лидерству	-	0,39***
Демонстративно-шантажный стиль поведения	-	0,54***
Истероидный стиль поведения	-	0,36**

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

Таким образом, можно сделать следующие выводы, относящиеся к социально-психологической характеристике агрессивности при расстройствах поведения у исследованных нами детей и подростков.

1. У 71,8% исследованных выявлено наличие деприаций, преимущественно

социально-культурных, определявших возникновение социально-защитного компенсаторного агрессивного поведения, а также недоразвития предпосылок интеллектуальной деятельности.

2. Гетероагрессивные проявления преобладали среди психологических свойств

**Результаты корреляционного анализа при агрессии (агрессивности) у исследуемых
(ρ по Спирмену)**

	Гетероагрессия в целом	Выраженная агрессивность	Незначительная агрессивность
Проживание в городе	-	-	0,40***
Статус сироты	0,36**	-	0,54***
Статус лишенного родительской опеки	-	-	0,31***
Воспитание в неполной семье	0,30**	0,35**	-
Воспитание в полной семье	-	-	0,43***
Нормальный уровень интеллекта	0,30*	-	0,40***
Субнормальный уровень интеллекта вследствие деприваций	-	-	0,41***
Когнитивное снижение	0,36**	0,36**	0,59***
Эмоциональная неустойчивость	0,34**	0,32**	0,31**
Скрытность	0,44***	0,46***	0,41***
Повышенная самооценка	0,45***	0,44***	0,55***
Пониженная самооценка	0,44***	0,39***	0,47***
Эгоизм	0,44***	0,45***	0,39***
Злопамятность	0,44***	0,38***	0,49***
Стремление к лидерству	-	-	0,35**
Демонстративно-шантажный стиль поведения	0,36**	0,35**	0,55***
Истероидный стиль поведения	-	-	0,33**

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

исследуемых, будучи выявленными в 73,2% случаев. При этом, у 66,2% больных выявленную агрессию (агрессивность) можно оценить как выраженную, у 7,0% – как незначительную.

3. Больных с наличием несоциализированного расстройства поведения характеризуют воспитание в неполной семье, нормальный уровень интеллекта, эмоциональная неустойчивость, скрытность и эгоизм.

4. Для социализированного расстройства поведения характерны проживание в городе, статусы сироты и лишенного родительской опеки, субнормальный уровень интеллекта (в том числе, вследствие деприваций), пониженная самооценка, злопамятность, стремление к лидерству (при отсутствии соответствующих качеств), демонстративно-шантажный и истероидный стили поведения.

5. Проявления агрессии (агрессивности) достоверно связаны с наличием как социализированного, так и несоциализированного расстройства поведения.

6. Воспитание в неполной семье и эгоизм в большей степени были характерны для выраженной агрессивности, по сравнению с агрессивностью незначительной.

7. Проживание в городе, статусы сироты, а также лишённого родительской опеки, воспитание в полной семье, нормальный и субнормальный (вследствие деприваций) уровни интеллекта, стремление к лидерству (без особых оснований) и истероидный стиль поведения в большей степени характеризовали у исследуемых незначительную агрессивность.

Данилова Е.М., Титиевский С.В., Побережная Н.В.

СОЦИАЛЬНО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕССИВНОСТИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР, Российская Федерация

Расстройства поведения являются одной из наиболее актуальных проблем детской и подростковой психиатрии, а социально-патопсихологические особенности агрессивности при данных расстройствах требуют комплексного рассмотрения.

Цель нашего исследования заключалась в изучении социально-патопсихологических аспектов агрессивности при расстройствах поведения.

Материал и методы исследования. Нами изучена медицинская документация 71 больного с наличием расстройств поведения, находившегося на стационарном лечении в детском отделении Республиканской психиатрической больницы МЗ ДНР.

Результаты исследования и их обсуждение. У 71,8% исследованных выявлено наличие деприваций, определявших возникновение социально-защитного компенсаторного агрессивного поведения. Гетероагрессивные проявления преобладали среди психологических свойств исследуемых. В большинстве случаев выявленная агрессия (агрессивность) оценена как выраженная. Проявления агрессии (агрессивности) достоверно связаны с наличием как социализированного, так и несоциализированного расстройства поведения. Воспитание в неполной семье и эгоизм в большей степени были характерны для выраженной агрессивности, по сравнению с агрессивностью незначительной. Проживание в городе, статусы сироты, а также лишённого родительской опеки, воспитание в полной семье, нормальный и субнормальный (вследствие деприваций) уровни интеллекта, стремление к лидерству (без особых оснований) и истероидный стиль поведения в большей степени характеризовали у исследуемых незначительную агрессивность.

Выводы. Выявленные нами закономерности могут быть использованы для повышения эффективности медико-психолого-педагогической коррекционной работы с данными больными.

Ключевые слова: расстройства поведения, дети и подростки, агрессия, агрессивность

Danilova E.M., Titievsky S.V., Poberezhnaya N.V.

SOCIO-PATHOPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF AGGRESSIVENESS IN CONDUCT DISORDERS

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR, Russian Federation

Behavioral disorders are one of the most urgent problems of child and adolescent psychiatry, and the socio-pathopsychological features of aggressiveness in these disorders require comprehensive consideration.

The aim of our study was to study the socio-pathopsychological aspects of aggressiveness in behavioral disorders.

Material and methods. We studied the medical records of 71 patients with behavioral disorders who were hospitalized in the children's department of the Republican Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the DPR.

Results and discussion. In 71.8% of the studied, the presence of deprivations was revealed, which determined the emergence of socially protective compensatory aggressive behavior. Heteroaggressive manifestations prevailed among the psychological properties of the subjects. In most cases, the revealed

aggression (aggressiveness) was assessed as pronounced. Manifestations of aggression (aggressiveness) are significantly associated with the presence of both socialized and unsocialized conduct disorder. Upbringing in an incomplete family and selfishness were more characteristic of pronounced aggressiveness, compared with insignificant aggressiveness. Living in the city, the status of an orphan, as well as deprived of parental care, upbringing in a complete family, normal and subnormal (due to deprivation) levels of intelligence, the desire for leadership (without any particular reason) and a hysterical style of behavior to a greater extent characterized minor aggressiveness in the studied subjects.

Findings. The patterns we have identified can be used to improve the effectiveness of medical, psychological and pedagogical correctional work with these patients.

Keywords: conduct disorders, children and adolescents, aggression, aggressiveness

Литература

1. Фомушкина М.Г., Раева Т.В. Программа комплексной реабилитации подростков с расстройствами поведения в условиях круглосуточного психиатрического стационара. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017; 2 (приложение): 243-244.
2. Аксенов М.М., Жигинас Н.В. Гендерные особенности формирования расстройств поведения у подростков. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004; 3: 91-94.
3. Фурманов И.А. Психологические основы диагностики и коррекции нарушений поведения у детей подросткового и юношеского возраста. Мн.; 1997. 198.
4. Степаненко А.В. Агрессия подростков, как социально-психологическая проблема современного общества. Символ науки. 2020; 6: 141-142.

References

1. Fomushkina M.G., Raeva T.V. Programma kompleksnoi reabilitatsii podroستkov s rasstroistvami povedeniya v usloviyakh kruglosutochnogo psikhiatricheskogo statsionara [The program of complex rehabilitation of adolescents with behavioral disorders in a round-the-clock psychiatric hospital]. Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podroستkov. 2017; 2 (prilozhenie): 243-244 (in Russian).
2. Aksenov M. M., Zhiginas N. V. Gendernye osobennosti formirovaniya rasstroistv povedeniya u podroستkov [Gender Features of the Formation of Conduct Disorders in Adolescents]. Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii. 2004; 3: 91-94 (in Russian).
3. Furmanov I.A. Psikhologicheskie osnovy diagnostiki i korrektsii narushenii povedeniya u detei podroستkovogo i yunosheskogo vozrasta [Psychological foundations for the diagnosis and correction of behavioral disorders in children of adolescence and youth]. Minsk; 1997. 198 (in Russian).
4. Stepanenko A.V. Agressiya podroستkov, kak sotsial'no-psikhologicheskaya problema sovremennogo obshchestva [Adolescent aggression as a socio-psychological problem of modern society]. Simvol nauki. 2020; 6: 141-142 (in Russian).

Поступила в редакцию 25.09.2022