

А. В. Копытов, Е. В. Волох, К. И. Павлов,
А. В. Гиндюк

КЛИНИКО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕССИВНЫХ И ВРАЖДЕБНЫХ РЕАКЦИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Работа проведена с использованием вербально коммуникативного метода психологического исследования, участниками которого стали несовершеннолетние лица 12–17 лет как с признаками синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), так и без данной патологии, с целью выявления особенностей их агрессивного поведения с учетом факторов риска образа жизни для последующего обоснования мероприятий медицинской профилактики. Установлены статистически значимые различия в распространенности агрессивных и враждебных реакций в группах исследования с более низкими значениями в группе здоровых респондентов и более высокими – у детей и подростков, проходящих стационарное лечение по профилю поведенческих расстройств. У участников исследования с признаками СДВГ чаще отмечалась патология систем кровообращения и пищеварения, чем среди респондентов без признаков гиперактивности и склонности к девиантному поведению, а наличие агрессивных моделей поведения достоверно повышает риск развития вышеуказанных заболеваний. Установлена высокая доля детей и подростков, употребляющих алкогольную продукцию. При этом, риск формирования физически агрессивного поведения выше в 1,16 раз на фоне потребления алкоголь-содержащей продукции и устранение данного риск-фактора дает возможность снизить на 13,8 % вероятность реализации физической агрессии.

Ключевые слова: агрессия, первичная профилактика, синдром дефицита внимания и гиперактивности, поведение, факторы риска.

A. V. Kopytov, E. V. Volakh, A. V. Hindziuk, K. I. Pavlov

CLINICAL AND HYGIENIC CHARACTERISTICS OF AGGRESSIVE AND HOSTILE REACTIONS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH HYPERACTIVITY

The work was carried out using a verbal communication method of psychological research, the participants of which were minors 12–17 years old both with signs of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and without this pathology, in order to identify the characteristics of their aggressive behavior, taking into account lifestyle risk factors for the subsequent justification of medical prevention measures. Statistically significant differences were established in the prevalence of aggressive and hostile reactions in the study groups with lower values in the group of healthy respondents and higher – among children and adolescents undergoing inpatient treatment according to the profile of behavioral disorders. In the study participants with signs of ADHD, the pathology of the circulatory and digestive systems was more often noted than among respondents without signs of hyperactivity and tendency to deviant behavior, and the presence of aggressive behavior

models significantly increases the risk of developing the above diseases. A high proportion of children and adolescents who consume alcoholic beverages has been established. At the same time, the risk of physically aggressive behavior is 1.16 times higher against the background of alcohol-containing products consumption and the elimination of this risk factor makes it possible to reduce the likelihood of physical aggression by 13.8 %.

Key words: aggression, primary prevention, attention deficit disorder with hyperactivity, behavior, risk factors.

Возрастающая частота проявлений детской и подростковой агрессии обращает на себя внимание специалистов различных уровней и профессий [1–10]. Под термином «агрессия», чаще всего понимают такую форму поведения, которая нацелена на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения [3].

Неконтролируемое поведение с проявлениями агрессии зачастую проявляется в подростковом возрасте и может быть реализовано в двух направлениях: адаптивной агрессии (доброкачественной) и деструктивной (дезадаптация) [4]. К функциям адаптивной агрессии относятся освобождение от страха, помощь в отстаивании своих интересов, протективное действие от внешней угрозы, формирование социальной адаптации. Деструктивная агрессия, в свою очередь, способствует реализации поведенческих моделей индивида, отклоняющихся от принятых социальных норм (аддикции, насилие, делинквентное поведение) [6].

Проявления агрессии дифференцированы в зависимости от различных обстоятельств (неуверенности, предыдущих ошибочных действий и реакции на них взрослых, необходимости разрешения конфликта с окружением), в том числе факторов среды обитания ребенка (социальных особенностей, образа жизни) и являются результатом испытанного гнева, сильной и неуправляемой отрицательной эмоции с агрессивной направленностью, проявляемой посредством внезапных, неконтролируемых двигательных, экспрессивных

жестов и вербальных выпадов [3–5]. Все эти разновидности агрессии проявляются на всех возрастных этапах у детей и подростков, что объясняется незрелостью организма различного характера и, как следствие, несформированностью навыков самоконтроля [5, 9]. По данным источников литературы агрессивное поведение детей и подростков имеет возрастную динамику с пиками активности в 3–4 года, 6–7 лет, 11–12 лет и 14–15 (до 17) лет [2]. При этом, отмечено, что если агрессивные тенденции в поведении не нивелируются до 13-летнего возраста, то проблема может усугубляться и требовать использования наиболее эффективных мер медицинской профилактики.

Причины, активизирующие детскую агрессивность, комплексные и связаны с индивидуальными особенностями растущего организма, например, его психического развития, а также факторами среды обитания ребенка, в том числе и поведенческими, обусловленными образом жизни [3, 10]. Среда обитания детей и подростков играет решающую роль в формировании механизмов для перенаправления и преобразования разрушительного поведения с агрессивной составляющей в полезное действие, которое параллельно с этим должно предложить альтернативу для подростков, проявляющих агрессию [1, 5, 7, 8]. То есть, в основе медицинской профилактики девиантного поведения современной молодежи должно лежать изучение не только клинических особенностей заболеваний, но и гигиенических факторов среды обитания подростков, в том

числе особенностей их образа жизни, что и реализовано в нашем исследовании.

Цель работы: клинико-гигиенический анализ особенностей формирования и проявления агрессивного поведения детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности для последующего обоснования профилактических мероприятий.

Материал и методы

Данные получены с использованием вербально коммуникативного метода психологического исследования, участниками которого стали несовершеннолетние лица 12–17 лет ($n = 132$). Для проведения сравнительного анализа изучаемых показателей с учетом критериев включения выделены 3 группы респондентов: здоровые ($n = 56$, группа 1), с признаками СДВГ и сформированным девиантным поведением ($n = 59$, группа 2), лица с признаками СДВГ и склонностью к девиантным формам поведения по данным опросника А. Н. Орела ($n = 17$, группа 3). Субъекты группы 2 поступали на стационарное лечение в детское психиатрическое отделение городской клинической больницы г. Минска. Группы исследования не отличались по возрастному и половому составу.

В исследовании использованы 4 стандартизованных опросника (шкала Коннерса для скрининга СДВГ; опросник А. Басса – А. Дарки – оценка агрессивных и враждебных реакций; опросник А. Н. Орела – оценка склонности к агрессии и насилию, а также волевого контроля эмоциональных реакций; опросник В. Р. Кучмы, И. В. Звездиной, Е. И. Ивановой – индикация поведенческих факторов риска и образа жизни детей и подростков). Анализ состояния здоровья и распространенности соматических заболеваний проведен на основе выкопировки данных из медицинской до-

кументации респондентов. Исследование проведено в соответствии с правилами биомедицинской этики.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием табличного редактора Microsoft Office Excel, статистической программы STATISTICA 10,0. Для оценки статистической значимости различий независимых групп использованы критерий χ^2 Пирсона, Фишера. В рамках оценки риска произведен расчет относительного, абсолютного риска, атрибутивной фракции.

Результаты и обсуждение

В ходе проведенного исследования в группах респондентов наличие признаков СДВГ различной степени выраженности по опроснику Коннерса выявлено у всех респондентов групп 2 и 3, что являлось критерием отбора их в данные группы исследования, как и полное отсутствие дефицита внимания и гиперактивности у респондентов группы 1. Средние значения в группах составили: $35,7 \pm 2,1$ балла в группе 1, $117,3 \pm 6,6$ – в группе 2 и $92,4 \pm 3,2$ – в группе 3 ($p_{2,3-1} < 0,05$).

При оценке проявлений агрессии в общей выборке респондентов установлена значительная распространенность высоких уровней (высокий и очень высокий) большинства анализируемых видов данного психологического феномена. У 48,5 % респондентов имели место высокие уровни косвенной агрессии (КА), раздражительности (Р) у 42,4 %, подозрительности (П) у 53,8 %, обиды (О) у 48,5 %, чувства вины (ЧВ) у 41,7 %, физической (ФА) и вербальной (ВА) видов агрессии (14,4 % и 18,2 %, соответственно), негативизма (Н) в повседневной жизни у 31,1 %.

Результаты сравнительного анализа распространенности агрессивных и враждебных реакций в группах исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты сравнительного анализа видов агрессивных и враждебных реакций в группах респондентов с помощью таблиц кросстабуляции

Виды реакций и достоверность (p)	Группы	Уровни выраженности реакций				
		низкий, %	средний, %	повышенный, %	высокий, %	очень высокий, %
Физическая агрессия	1	66,1	23,2	5,4	1,8	3,6
	2	17,6	23,5	29,4	11,8	17,6
	3	32,2	28,8	20,3	13,6	5,1
<i>p</i>		$p_{1-2,3} < 0,05$	-	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{2-1,3} < 0,05$
Косвенная агрессия	1	3,6	35,7	32,1	17,9	10,7
	2	0,0	0,0	35,3	11,8	52,9
	3	1,7	8,5	27,1	18,6	44,1
<i>p</i>		-	$p_{1-3} < 0,05$	-	-	$P_{1-2,3} < 0,05$
Вербальная агрессия	1	19,6	42,9	33,9	3,6	0,0
	2	5,9	35,3	35,3	11,8	11,8
	3	5,1	16,9	47,5	15,3	15,3
<i>p</i>		$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1,2-3} < 0,05$	-	$p_{1-2,3} < 0,05$	$P_{1-2,3} < 0,05$
Негативизм	1	48,2	23,2	16,1	10,7	1,8
	2	41,2	5,9	5,9	41,2	5,9
	3	16,9	13,6	25,4	35,6	8,5
<i>p</i>		$p_{1,2-3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$P_{2-1,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$P_{1-2,3} < 0,05$
Раздражение	1	5,4	39,3	30,4	17,9	7,1
	2	0,0	11,8	35,3	17,6	35,3
	3	3,4	5,1	35,6	27,1	28,8
<i>p</i>		$p_{2-1,3} < 0,05$	$p_{1,2-3} < 0,05$	-	-	$P_{1-2,3} < 0,05$
Обида	1	12,5	14,3	57,1	7,1	8,9
	2	5,9	0,0	35,3	11,8	47,1
	3	5,1	5,1	13,6	20,3	55,9
<i>p</i>		$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{2-1,3} < 0,05$	$p_{1,2-3} < 0,05$	$p_{1-3} < 0,05$	$P_{1-2,3} < 0,05$
Подозрительность	1	5,4	28,6	32,1	14,3	19,6
	2	0,0	0,0	17,6	29,4	52,9
	3	1,7	6,8	27,1	22,0	42,4
<i>p</i>		$p_{1,2-3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2} < 0,05$	$p_{1-2} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$
Чувство вины (аутоагрессия)	1	5,4	21,4	46,4	12,5	14,3
	2	11,8	17,6	35,3	11,8	23,5
	3	3,4	6,8	32,2	25,4	32,2
<i>p</i>		$p_{2-1,3} < 0,05$	$p_{1,2-3} < 0,05$	-	$p_{1,2-3} < 0,05$	$p_{1-3} < 0,05$

Повышенный и высокий уровни ФА (прямой) достоверно чаще отмечались в группах 2 и 3. При этом, распространенность очень высокого уровня агрессивного поведения с использованием физической силы, направленное против другого субъекта или объекта, выше у респондентов с проявлениями СДВГ, которые находились на стационарном лечении (таблица 1). Аналогичны внутригрупповые проявления и не прямой (ненаправленной) агрессии (КА):

наибольшая доля респондентов с очень высоким уровнем данного вида агрессии в группах 2 и 3 (таблица 1). Повышенный и высокий уровни КА встречались с одинаковой частотой во всех трех группах исследования. Аналогичная ситуация имела место и в результатах оценки раздражительности опрошенных.

Выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных ответов (угрозы,

проклятия, ругань) обобщенных под фактором ВА проявлялись в наибольшей степени (высокий и очень высокий уровни) среди детей и подростков с признаками дефицита внимания и гиперактивности (таблица 1). Характеристика уровней проявления обиды и подозрительности как проекции враждебности со стороны других людей, такая же, как и ВА: с наибольшей манифестацией у гиперактивных лиц.

Убеждения обследуемого в том, что он совершает неправильные поступки либо наличие у него угрызений совести (чувство вины) повышенного уровня не имеют достоверных различий в трех группах исследования, в отличие от более выраженных проявлений, встречающихся чаще у респондентов с симптомами СДВГ и наличием склонности к девиантному поведению (высокий и очень высокий уровни у 35,4 % и 22,2 % группы 3 соответственно).

Показатели обоих расчетных индексов в общей анализируемой выборке характеризуются как повышенные (индекс агрессивных реакций (ИАР) = 52,3 ± 1,55 бал-

ла; индекс враждебности (ИВ) = 56,3 ± 1,81 балла). Данные показатели выше в группе лиц с признаками СДВГ, по сравнению с лицами контрольной группы (ИАР ($\chi^2 = 38,3, p = 0,001$), ИВ ($\chi^2 = 41,0, p = 0,001$)), что представлено на рисунке 1.

По результатам скрининга доля респондентов с очень высоким уровнем враждебности статистически значимо (данные таблиц кросстабуляции) больше в группах респондентов с наличием симптомов СДВГ (35,3 % и 44,1 % в группах 2 и 3, соответственно, против 5,4 % – в группе 1).

Результаты по общей выборке. Показатели ФА и негативизма характеризуются в общей выборке как средние (42,5 ± 2,19 балла и 47,5 ± 2,67 балла, соответственно). Повышенными являются показатели ВА (55,9 ± 1,78), раздражительности (52,4 ± 1,61), подозрительности (55,7 ± 1,86). Уровни КА и ЧВ – высокие (58,6 ± 1,94 и 65,8 ± 1,84 балла). Индексы агрессивности и враждебности являются наименьшими в группе 1 (41,7 ± 1,99 и 43,6 ± 2,28 балла, соответственно),

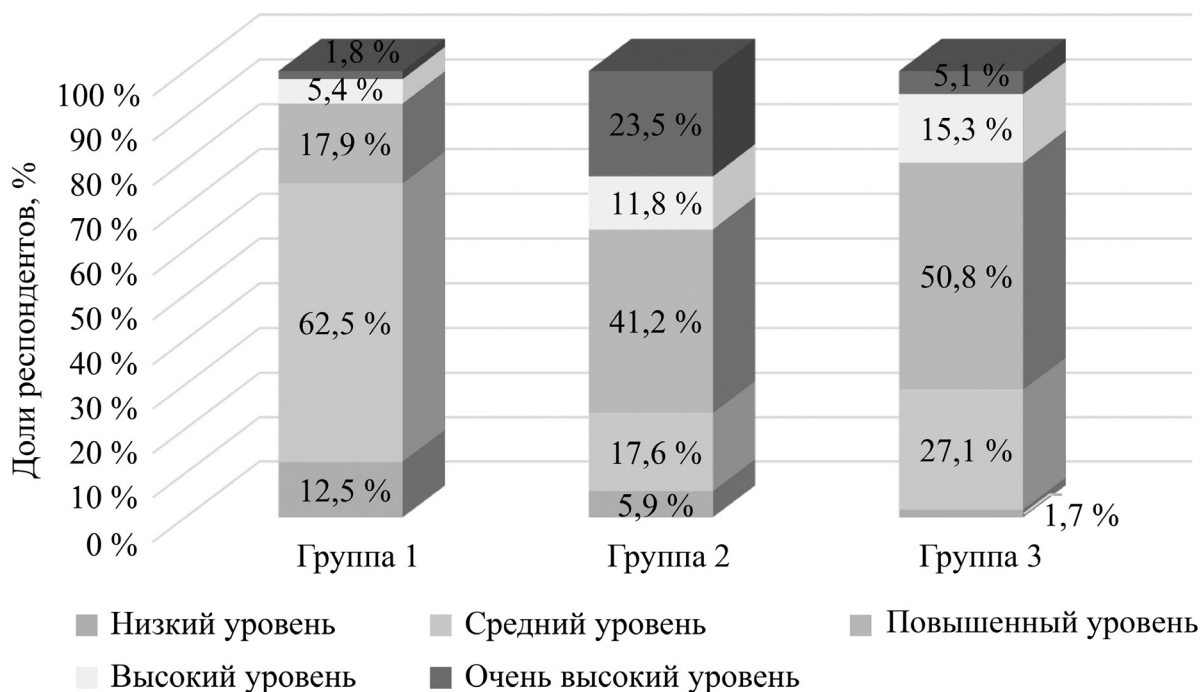


Рисунок 1. Распространенность выраженности индекса агрессивных реакций у респондентов групп исследования с использованием опросника Басса-Дарки

Таблица 2. Средние значения по разделам опросника Басса-Дарки среди опрошенных с учетом разделения на группы исследования ($M \pm m$)

Шкалы	ФА	КА	ВА	Н	Р	О	П	ЧВ
Группы								
1	30,4±2,94	47,1±2,44	47,7±2,71	34,6±3,62	43,6±2,36	45,7±2,65	41,6±2,86	59,7±2,61
2	58,8±6,41	58,8±5,36	69,9±4,62	51,8±7,87	60,4±4,48	69,4±4,58	65,8±6,45	60,8±5,90
3	49,3±2,96	63,3±2,49	65,6±2,70	58,6±3,80	58,4±2,07	61,2±2,55	69,0±3,24	72,9±2,58
	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$	$p_{1-2,3} < 0,05$

наибольшими в группе подростков с сформированным девиантным поведением – группа 2 (62,5 ± 4,87 и 67,6 ± 4,97 балла, соответственно). В группе респондентов со склонностью к девиантности и симптомами СДВГ (группа 3) – ИАР = 59,4 ± 1,87 и ИВ = 65,1 ± 2,32 балла.

Статистически данные сравнения средних значений (с учетом нормального распределения показателей в группах) по всем шкалам опросника Басса-Дарки в исследуемых группах представлены в таблице 2.

У представителей исследуемой выборки определено преобладание вербального и косвенного компонентов агрессии над физическим, как в абсолютных, так и в относительных величинах (таблицы 1, 2). Наиболее выраженным проявлением изучаемых психологических характеристик является ЧВ (аутоагрессия): от 59,7 балла в группе здоровых детей и подростков до 72,9 балла в группе несовершеннолетних с признаками СДВГ и девиантности поведения.

Представленные выше данные агрессивных тенденций респондентов в изучаемых группах подтверждаются результатами обработки опросника А. Н. Орела. Данные о готовности испытуемых к реализации агрессивных тенденций у субъектов

исследуемых групп представлены в таблице 3.

Средние значения по шкале склонности к агрессии выше в группе 2 – 47,3 ± 2,81 и в группе 3 – 48,6 ± 1,14, по сравнению с группой 1, где значения составили 34,7 ± 0,81 балла, ($F = 44,9$, $p = 0,001$).

В рамках данного исследования оценена выраженность волевого контроля эмоций подростков изучаемой выборки. Отмечено, что нежелание или неспособность контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций характерно для 28,8 % респондентов всей выборки исследования и каждого второго из участников исследования с признаками СДВГ (50,0 %). Измеряемая психологическая характеристика считается выраженной у 47,1 % респондентов группы 2 и 50,8 % представителей группы 3, что сопровождается слабостью волевого контроля эмоциональной сферы (средние значения в группе 2 – 58,6 ± 2,89, в группе 3 – 59,2 ± 1,30). Средние значения по шкале волевого контроля в группе 1 составили 43,5 ± 0,92 балла, что проявляется жестким самоконтролем любых поведенческих эмоциональных реакций и чувственных влечений ($F = 47,2$, $p = 0,001$).

Таблица 3. Результаты оценки готовности респондентов с асоциальным поведением к агрессивной реализации

Группы	Агрессивные тенденции поведения		
	отсутствие абс, %	наличие склонности к агрессии абс, %	наличие склонности к насилию абс, %
2	11 (64,8)	3 (17,6)	3 (17,6)
3	35 (59,3)	18 (30,5)	6 (10,2)

Проведено изучение особенностей и оценка рисков возникновения нарушений состояния здоровья среди детей и подростков с особенностями психического здоровья в виде СДВГ и склонностями к агрессивному поведению. По результатам анализа медицинской документации респондентов установлено и применения статистической обработки данных с использованием метода кросстабуляции и χ^2 , установлено, что как среди представителей группы 2, так и группы 3 достоверно чаще встречается патология системы кровообращения (47,1 % и 44,1 % соответственно), чем среди респондентов без признаков гиперактивности и склонности к девиантному поведению – группа 1 (23,2 %) ($\chi^2 = 6,6, p = 0,038$). Анализ оценки риска возникновения вышеуказанной патологии среди респондентов со склонностью к агрессивному поведению (экспонированных) и без наличия данной склонности (не экспонированных) показал, что абсолютный риск среди экспонированных составил $R_e = 0,60$, а среди не экспонированных $R_{ne} = 0,28$. Следовательно, риск появления отклонений в состоянии здоровья в группе подверженных агрессивным влияниям выше, чем вероятность заболеваний среди тех, у кого отсутствует вышеуказанная характеристика поведения ($R_e > R_{ne}, p < 0,05$). То есть, наличие агрессивных моделей поведения достоверно повышает риск развития заболеваний системы кровообращения: относительный риск (RR) составил 2,11 (ДИ 1,38–3,23), атрибутивная фракция (AF) – 52,6 %. Риск возникновения заболеваний органов пищеварения также достоверно выше при наличии склонности к агрессии в поведении детей и подростков (RR = 2,91 (ДИ 1,06–8,01), AF = 65,6 %). Величина атрибутивной фракции указывает, что при устранении агрессивного поведенческого элемента можно снизить вероятность патологии си-

стемы кровообращения у респондентов на 52,6 % и патологии органов пищеварения – на 65,6 %.

Согласно оценке факторов риска образа жизни несовершеннолетних (с использованием опросника В. Р. Кучмы, И. В. Звездиной, Е. И. Ивановой), на примере приверженности их употреблению алкогольных напитков установлено, что доля респондентов с данной вредной привычкой составляет 37,9 %, при этом 6,0 % из них имеют высокий риск развития нарушений здоровья, связанных с алкоголизацией. При этом, доля детей и подростков, употребляющих алкогольсодержащую продукцию, выше в группе респондентов с высоким и очень высоким уровнями физической агрессии (47,4 %), чем в группе с низким ее уровнем (42,4 %). Расчетным путем установлено, что риск формирования физически агрессивного поведения выше в 1,16 раз на фоне потребления алкогольсодержащей продукции и устранение данного риск-фактора дает возможность снизить на 13,8 % вероятность реализации физической агрессии (RR = 1,16, AF = 13,8 %).

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили выявить особенности агрессивности поведения современных подростков с проявлениями СДВГ:

1) у детей и подростков с признаками СДВГ чаще отмечаются высокие уровни большинства агрессивных характеристик поведения: косвенная агрессия, раздражительность, подозрительность, обида и чувство вины, а также неспособность контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций, чем у респондентов без признаков СДВГ;

2) доля детей и подростков с патологией системы кровообращения больше в группе респондентов с проявлениями СДВГ, чем среди здоровых субъектов ($p < 0,05$);

3) наличие агрессивных моделей поведения повышает риск развития заболеваний системы кровообращения и органов пищеварения у детей и подростков ($p < 0,05$);

4) установлена значительная доля несовершеннолетних, употребляющих алкогольную продукцию, преимущественно в группе респондентов с высоким и очень высоким уровнями физической агрессии ($p < 0,05$);

5) риск физической агрессии у детей и подростков выше на фоне употребления алкогольсодержащей продукции;

6) выявленные особенности поведения и образа жизни современных подростков подчеркивают необходимость проведения целенаправленной профилактической работы в наиболее уязвимых целевых группах с учетом предварительной диагностики неблагоприятных факторов и оценки риска их состоянию здоровья.

Литература

1. Волох, Е. В. Социальная поддержка молодежи с учетом психологических особенностей личности и условий воспитания / Е. В. Волох, А. В. Копытов, А. В. Гиндюк // Военная медицина. – 2022. – № 4. – С. 2–8.

2. Ермолова, Е. О. К вопросу о детской агрессивности в дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте / Е. О. Ермолова, Е. О. Булавина // Развитие человека в современном мире. – 2022. – № 1. – С. 7–21.

3. Михайлова, О. Б. Агрессивность личности: основные подходы и перспективы в изучении / О. Б. Михайлова, С. М. Сафи, А. В. Шептура // Интернет-журнал «Мир науки». – 2017. – Т. 5, № 6. – С. 1–7.

4. Реан, А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика: монография / А. А. Реан, А. Р. Кудашев, А. А. Баранов. – М.: МПГУ, 2022. – 524 с.

5. Стаматова, Р. М. Влияние окружающей среды на подростков и причины их агрессии / Р. М. Стаматова // Обучение и воспитание: методики и практика: сборник материалов XXXI Международной научно-практической конференции (Новосибирск, 27 января 2017 г.) / под общ.

ред. С. С. Чернова. – Новосибирск, 2017. – С. 96–104.

6. Bor, W. Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selective review // The Australian and New Zealand journal of psychiatry. – 2004. – Vol. 38, № 5. – P. 373–80.

7. Guerra, N. Prevention of Aggression, Violence, and Mental Health Problems in Childhood and Adolescence: Innovative and Sustainable Approaches from Around the World: Introduction and Overview / N. Guerra, S. Duryea // Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research. – 2017. – Vol. 18, № 7. – P. 749–753.

8. Melendez-Torres, G. J. Integration of academic and health education for the prevention of physical aggression and violence in young people: systematic review, narrative synthesis and intervention components analysis / G. J. Melendez-Torres [et al.] // BMJ open. – 2018. – Vol. 8, № 9. – P. 1–16.

9. Pechorro, P. The Role of Low Self-Control as a Mediator between Trauma and Antisociality/Criminality in Youth / P. Pechorro [et al.] // International journal of environmental research and public health. – 2021. – Vol. 18, № 2. – P. 567.

10. Scott, J. G. The aggressive child / J. G. Scott [et al.] // Journal of paediatrics and child health. – 2018. – Vol. 54, № 10. – P. 1165–1169.

References

1. Volakh, E. V. Sotsial'naya podderzhka molodezhi s uchetom psikhologicheskikh osobennostey lichnosti i usloviy vospitaniya / E. V. Volakh, A. V. Kopytov, A. V. Hindziuk // Voennaya meditsina. – 2022. – № 4. – S. 2–8.

2. Ermolova, E. O. K voprosu o detskoj agresivnosti v doshkol'nom, mladshem shkol'nom i podrostkovom vozraste / E. O. Ermolova, E. O. Bulavina // Razvitie cheloveka v sovremennom mire. – 2022. – № 1. – S. 7–21.

3. Mikhaylova, O. B. Agressivnost' lichnosti: osnovnye podkhody i perspektivy v izuchenii / O. B. Mikhaylova, S. M. Safi, A. V. Sheptura // Internet-zhurnal «Mir nauki». – 2017. – Vol. 5, № 6. – S. 1–7.

4. Rean, A. A. Psikhologiya adaptatsii lichnosti. Analiz. Teoriya. Praktika: monografiya / A. A. Rean, A. R. Kudashev, A. A. Baranov. – M.: MPGU, 2022. – 524 s.

5. Stamatova, R. M. Vliyanie okruzhayushchey sredy na podrostkov i prichiny ikh agressii / R. M. Stamatova // Obuchenie i vospitanie: meto-

diki i praktika: sbornik materialov XXXI Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (Novosibirsk, 27 yanvarya 2017 g.) / pod obshchey redaktsiyey S. S. Chernova. – Novosibirsk, 2017. – S. 96–104.

6. Bor, W. Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selective review // The Australian and New Zealand journal of psychiatry. – 2004. – Vol. 38, № 5. – P. 373–80.

7. Guerra, N. Prevention of Aggression, Violence, and Mental Health Problems in Childhood and Adolescence: Innovative and Sustainable Approaches from Around the World: Introduction and Overview / N. Guerra, S. Duryea // Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research. – 2017. – Vol. 18, № 7. – P. 749–753.

8. Melendez-Torres, G. J. Integration of academic and health education for the prevention of physical aggression and violence in young people: systematic review, narrative synthesis and intervention components analysis / G. J. Melendez-Torres [et al.] // BMJ open. – 2018. – Vol. 8, № 9. – P. 1–16.

9. Pechorro, P. The Role of Low Self-Control as a Mediator between Trauma and Antisociality/Criminality in Youth / P. Pechorro [et al.] // International journal of environmental research and public health. – 2021. – Vol. 18, № 2. – P. 567.

10. Scott, J. G. The aggressive child / J. G. Scott [et al.] // Journal of paediatrics and child health. – 2018. – Vol. 54, № 10. – P. 1165–1169.

Поступила 16.10.2023 г.