

УДК 378

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

А. А. Шаров*, **Т.Ф. Рудзинская****

sha555da@mail.ru *, tanzilyaff@yandex.ru **

*Саратовский национальный исследовательский государственный университет
имени Н.Г. Чернышевского, г. Саратов, Россия*

Ф.Г. Мухаметзянова*, А.В. Фахрутдинова**

florans955@mail.ru

Аннотация. В работе представлены психологические факторы суицидальных рисков подростков с нарушениями речи, выявленные в исследовании. Целью данной статьи является изложение основных выводов по результатам констатирующего эксперимента и выявлению связи уровня эмпатии, выраженности акцентуаций характера и склонности к суицидальному риску у подростков с нарушениями речи.

Ключевые слова: аутоагрессия, акцентуации характера, безнадежность, суицидальный риск, эмпатия, подросток

Вопросы суицидов актуальны для современной цивилизации. Проблема самоубийства в психологических исследованиях представлена, как в работах зарубежных авторов [1]: В. Херинген Э. [11]; Дюркгейм, Э. Гроллман, М. Фарбер, Э. Шнейдман и др., так и отечественных: А.Г. Амбрумова [6], О.О. Андронникова [2], И.Т. Димитров [16], Е.В. Змановская [15], Б.Д. Карвасарский [14], И.И. Колесникова, Н.Г. Церковникова [23], А.Е. Личко [17], Е.Т. Соколова [9], Т.Ф. Рудзинская [10; 25], В.А. Розанов [3], А.А. Шаров [19], Юрьева Л. Н. [13], М.В. Зотов [5], И.Л. Шелехов [1], В.Ф. Войцех [4], В.Т. Кондрашенко [7] и др.). В настоящее время в психологии и педагогике недостаточно исследований, направленных на выявление связи личностных особенностей и суицидального риска у подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Самоубийство является видом аутоагрессивного поведения, включающее действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Согласно определению ВОЗ (1982г.) суицид – это акт самоубийства с фатальным исходом [1].

Отдельного выделения требуют парасуициды - суицидальные попытки без летального исхода [2]. Данная позиция аргументирована тем, что лица, имеющие тенденции, попытки и лица, совершающие самоубийства, серьезно различаются между собой [3-4].

Под суицидальным, следует понимать поведение, характеристиками которого является сознательность, целенаправленность, непосредственная угроза для жизни и здоровья человека; характеризуется различным диапазоном проявлений, этапностью, являясь результатом симбиоза различных предрасполагающих факторов [4-5].

Современные суицидологи рассматривают данный вид девиантного поведения как прогрессивный (при неблагоприятном протекании) процесс. Суицидальные действия включают суицидальную попытку и завершённый суицид. Суицидальная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели. Завершённый суицид – действия, завершённые летальным исходом [5, С. 18].

Суицидальные проявления включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения. Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, например: «хорошо бы умереть», «заснуть и не про-

снуться». Суицидальные замыслы – это более активная форма проявления суицидальности. Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства. Суицидальные намерения появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент – решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение [6 -9].

Существуют разные подходы к классификации суицидального поведения. А.Г. Амбрумова выделяет: самоубийства – истинные суициды, а также попытки самоубийства – незавершенные суициды [6]. По мнению А.Е. Личко, суицидальное поведение подростков можно разделить на демонстративное, аффективное и истинное [24].

Э. Дюркгейм предложил классификацию исходя из характеристик процесса социализации индивида. «Анемическое» самоубийство является следствием тяжелых разногласий между личностью и окружающей ее средой. «Фаталистическое» самоубийство может произойти на фоне личных трагедий человека. «Альтруистическое» самоубийство совершается ради других людей или во имя высокой цели. «Эгоистическое» самоубийство является уходом от неблагоприятных ситуаций, конфликтов, не принимаемых личностью требований. Выделяют демонстративно – шантажное суицидальное поведение, имеющее целью демонстрации намерения умереть; и самоповреждение или членовредительство, которое вообще не направляется представлениями о смерти, а ограничивается лишь повреждением того или иного органа; а также поведение - результат несчастного случая [8].

В суицидальном поведении принято выделять следующие этапы: пре-суицидальный (от первого появления суицидальных мыслей и побуждений до принятия решения о суициде), этап реализации суицидальных намерений (планирование, подготовка и реализация суицидальных действий) и постсуицидальный (промежуток времени от одного до трех месяцев после совершения суицидальной попытки) – в случае, если предпринятые суицидальные действия не закончились летальным исходом [8-10].

Необходимо отметить, что приведенное описание этапов суицидального поведения в известной степени носит условный характер, поскольку длительность каждого из этапов и их клинико–психологические характеристики существенно различаются у разных лиц. У одних суицидентов пре-суицидальный этап и этап реализации суицида носит достаточно длительный характер, в то время как у других они протекают в свернутой, редуцированной форме [10, С.100].

Важным составляющим суицидального поведения является его мотивационная сторона, включающая в себя эмоциональный и когнитивный компоненты. Существуют различные мотивационные комплексы, которые могут носить как осознанный, так и неосознанный характер. Суицидальная мотивация может нарастать как быстро, так и медленно; этот рост зависит от различных обстоятельств, прежде всего от восприятия и отношения личности к ним. Суицидальное поведение является полимотивированным, система мотивов находится в напряженном состоянии [11].

Существуют разные психологические теории, объясняющие суицидальное поведение. Согласно психодинамическому подходу, суицидальное поведение является результатом преобладания инстинкта смерти [12].

Представители когнитивно – поведенческого подхода как ключевой фактор поведения человека рассматривают его окружение. Началом развития суицидальных тенденций становятся неадаптивные установки и поведение, которые приводят к выбору «ухода из жизни» как выходу из сложившейся стрессовой ситуации [13].

Экзистенциально-гуманистический подход (Р. Мэй, К. Роджерс) подчеркивает эмоциональные переживания в происхождении суицидального поведения. Р. Мэй, К. Роджерс подчеркивали роль тревоги и других эмоциональных переживаний в происхождении суицидального поведения. По мнению В. Франкла, самоубийца боится самой жизни [14].

Представим обобщенные характеристики суицидального поведения:

1. Широкое понятие, включающее в себя разноплановые компоненты от суицидальных мыслей, проявлений до собственно суицида и постсуицида.
2. Широко концептуально обосновано, но отсутствует единая концепция данного поведения.
3. Не рассматривается в контексте одной научной сферы, подход к его изучению носит междисциплинарный характер.
4. Не является строго патологичным, характерно и для психически здоровых людей.
5. При неблагоприятном протекании имеет тенденцию к прогрессированию.
6. Образуется при сочетании предрасполагающих факторов (биологических, социальных, психологических, психиатрических) [15].

По данным ВОЗ, количество суицидов в некоторых развитых странах увеличилось в 2 раза за последние 20 лет, уменьшается возраст совершивших суицид. Суицидальное поведение в детском возрасте связано не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовой ситуации или наказания [14-16].

Большинство авторов считает, что концепция смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11-14 годам. Только ближе к подростковому возрасту смерть начинает восприниматься как реальное явление, хотя и отрицается, кажется маловероятной для себя. Следовательно, термины «суицид» и «суицидальное поведение» в строгом смысле могут быть применимы именно с подросткового возраста [17].

Особенно опасен возраст с 11 до 15 лет, период возрастного кризиса, когда подросток начинает осознавать себя как личность, как равноправный член общества, семьи. Суицидальные мысли и фантазии у подростков довольно часты, и их реализации могут способствовать, казалось бы, малозначительные события, чему благоприятствуют эмоциональная неустойчивость и импульсивность [18, С.83].

А.Е. Личко, А.А. Амбрумова, обследовав группу подростков в возрасте 14-18 лет нашли, что примерно у половины из них суицидальные действия совершаются на фоне острой аффективной реакции, которая развивается по механизму «короткого замыкания», когда порой малозначительный повод играет роль «последней капли» и провоцирует суицидальное действие. При этом действия подростка в момент суицидальной попытки нередко внешне кажутся демонстративными. Они совершаются на глазах у обидчика, сопровождаются плачем, или наоборот бравадой спокойствия. Однако, эта «игра в самоубийство» часто заходит слишком далеко и может закончиться трагично [19].

К подросткам с ограниченными возможностями здоровья можно отнести лиц соответствующего возраста, имеющих недостатки в физическом и (или) психическом развитии. Данные недостатки можно объединить термином «дизонтогенез», которым обозначают различные формы нарушений онтогенеза [20].

Ряд авторов выделил следующие варианты дизонтогенеза: 1) общее недоразвитие; 2) задержанное развитие; 3) поврежденное развитие; 4) дефицитарное развитие; 5) искаженное развитие; 6) дисгармоническое развитие [13-15].

Перейдем непосредственно к рассмотрению суицидальных рисков в данном контексте.

Пограничное положение по отношению к психологической «норме» занимает особая группа своеобразных патологических личностных реакций. Патохарактерологическими реакциями мы называем психогенные личностные реакции, которые проявляются преимущественно в разнообразных отклонениях поведения ребенка или подростка, ведут к нарушению социально – психологической адаптации и, как правило, сопровождаются невротическими расстройствами [21, С.189].

Одним из вариантов психического дизонтогенеза по дефицитарному развитию является нарушение речи. Нарушения речи многообразны, могут проявляться в нарушении произношения, грамматического строя речи, бедностью словарного запаса, а также в нарушении темпа и плавности речи. Различные нарушения речи, так или иначе, пре-

пятствуют нормальному речевому общению, затрудняют возможности социальной адаптации, межличностной коммуникации. При этом у детей и подростков с нарушениями речи, учитывая степень тяжести и фиксированность на дефекте, проявляется тревожность, эмоциональное напряжение, возбудимость, импульсивность, аффективные реакции и т.д. Речевой дефект способствует формированию неадекватной самооценки. Вышеперечисленные особенности вполне реально могут стать основой для формирования суицидального поведения.

В результате проведенного нами исследования (2013), направленного на выявление степени риска суицида у подростков с нарушениями речи выявлено, что у подростков с данным видом дизонтогенеза более выражены суицидальные тенденции. У значительной части испытуемых факторами риска суицида являются: чувство неполноценности, трудности в семейных и школьных взаимоотношениях [22, С.169].

Настоящее исследование было направлено на выявление факторов прединцида у подростков с нарушениями речи. Гипотеза исследования такова: сочетание высокого уровня эмпатии и выраженность циклотимного и демонстративного типов акцентуации повышает суицидальную предрасположенность у подростков с нарушениями речи. Выборку составили 40 подростков. Возрастной диапазон испытуемых составил 13–14 лет. Все респонденты и их родители добровольно согласились на тестирование по ряду методик.

Для подтверждения, либо опровержения выдвинутого предположения были подобраны следующие психодиагностические методики:

- Опросник «Ауто– и гетероагрессия» (Е. П. Ильин) [21].
- Шкала безнадежности Бека (Hopelessness Scale, Beck) [25].
- Методика «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна и Н. Эпштейна [22].
- Методика «Диагностика уровня эмпатии» И.М. Юсупова [23].
- Методика диагностики акцентуаций характера (Опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека) [22].

После проведения процедуры психодиагностического исследования, описания и анализа полученных результатов, необходимо обобщить полученные данные.

Изучение уровня эмпатии у подростков с нарушениями речи позволило выявить у подростков с нарушениями речи:

- Более высокие показатели уровня эмпатии. По методике И.М. Юсупова на 30 % выше и методике А. Меграбяна и Н. Эпштейна на 20% выше, чем у нормально развивающихся подростков. Таким образом, можно констатировать, что у подростков с речевыми нарушениями выявлен более высокий уровень эмпатии.

- По результатам диагностики по методике Бека, показатель уровня «тяжелой безнадежности» в 2 раза выше, чем у нормально развивающихся подростков (30% и 15% соответственно).

- По методике Е.П. Ильина выявлено преобладание аутоагрессии над гетероагрессией (у подростков с нарушениями речи более выражены аутоагрессивные тенденции, чем у нормально развивающихся подростков, 50% и 25%).

Таким образом, можно сказать, что для подростков с нарушениями речи в большей степени характерна аутоагрессия и высокий уровень безнадежности.

- У подростков с нарушениями речи у 80% испытуемых выявлено наличие акцентуаций. У подростков с нормальным развитием диагностировано наличие явных акцентуаций у 65% респондентов.

- У подростков с речевыми нарушениями преобладает выраженность циклотимного и демонстративного типов акцентуации (30% от общего числа респондентов в группе).

- У подростков без речевых нарушений выявлено преобладание гипертимного (30%) и демонстративного (15%) типов акцентуаций.

По результатам всех методик, можно констатировать, что в Г1 у 25% испытуемых выявлены высокие показатели уровня эмпатии и склонности к суицидальному риску.

Прослеживается сочетание безнадежности и аутоагрессивных тенденций. Склонность к суициду четко связана с наличием выраженных акцентуаций: демонстративной (15%); циклотимной (5%) и возбудимой (5%).

В Г2 (подростки с нарушениями речи) прослеживается аналогичная тенденция. У 50% испытуемых высокие показатели уровня эмпатии и суицидального риска четко связаны с акцентуациями. Из них у 6 испытуемых (30%) выявлен циклотимический тип акцентуации и у 4 (20%) демонстративный. У остальных респондентов с гипертимной акцентуацией (15%), педантичной (10%), экзальтированной (5%), наблюдается более низкий уровень эмпатии и меньшая склонность к суицидальному риску.

1. Для подростков как с нарушениями речи, так и без речевых нарушений, с циклотимной, демонстративной акцентуацией характерна склонность к суицидальному риску. Для подростков с гипертимной акцентуацией суицидальное поведение не характерно. Полученные данные не противоречат аналогичным исследованиям, где прослеживается та же закономерность [27, 28,29].

2. Для подростков как с нарушениями речи, так и без речевых нарушений, с высоким уровнем эмпатии характерно наличие более высокого уровня суицидального риска. Полученные данные не противоречат работам других авторов. Так, в исследовании М.О. Рубцовой выявлена взаимосвязь высокого уровня эмпатии и аутоагрессии [27].

Для выявления факторов предсуицида у подростков с нарушениями речи, нами был проведен корреляционный анализ. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью определения коэффициента линейной корреляции Пирсона. Рассмотрим полученные результаты.

Значимая корреляционная связь выявлена между:

– Показателями уровней эмпатии по двум методикам, направленным на ее измерение ($r=0,867$ при $p \leq 0,01$). Это свидетельствует о надежности данных методик.

– Эмпатией и безнадежностью ($r=0,867$ при $p \leq 0,01$). Чем выше уровень эмпатии, тем выше уровень безнадежности. Очевидно, люди с высоким уровнем эмпатии более чутко реагируют на происходящее ввиду хрупкости психики, снижения порога чувствительности.

– Эмпатией и аутоагрессией ($r=0,782$ при $p \leq 0,01$), эмпатией и гетероагрессией ($r= -0,475$ при $p \leq 0,05$). Чем ниже уровень эмпатии, тем выше склонность к гетероагрессии, и соответственно, чем выше уровень эмпатии, тем выше склонность к аутоагрессии.

– Эмпатией и выраженностью акцентуаций характера ($r=0,604$ при $p \leq 0,01$). Чем более выражена акцентуация характера, тем выше склонность к безнадежности, и соответственно, к суицидальному риску.

– Аутоагрессией и выраженностью акцентуаций характера ($r=0,572$ при $p \leq 0,01$). Чем более выражены акцентуации характера, тем выше склонность к аутоагрессии, и соответственно, к суицидальному риску.

– Безнадежностью и склонностью к аутоагрессии ($r=0,907$ при $p \leq 0,01$). Чем более выражена безнадежность, тем выше склонность к аутоагрессии, и соответственно, к суицидальному риску. Безнадежность, как считает Ф.Г.Мухаметзянова, можно рассматривать и как антипод субъектности личности [28].

Таким образом, корреляционный анализ показал взаимосвязь:

– Высокого уровня эмпатии и склонностью к суицидальному риску.

– Циклотимного и демонстративного типов акцентуаций со склонностью к суицидальному риску.

Гипотеза исследования подтвердилась полностью: сочетание высокого уровня эмпатии и выраженность циклотимного и демонстративного типов акцентуации повышает суицидальную предрасположенность у подростков с нарушениями речи.

Таким образом, можно выделить следующие психологические факторы, повышающие суицидальный риск у подростков с нарушением речи: высокой уровень эмпатии и наличие выраженных акцентуаций по циклотимному и демонстративному типам.

Литература

1. Шелехов И. Л. Суицидология: учебное пособие / И. Л. Шелехов. Томск: СГМУ, 2011. 203 с.
2. Андронникова О. О. Основные характеристики подростка с самоповреждающим/виктимным поведением / О. О. Андронникова // Вестник ТГПУ. 2009. № 9. С. 120-126.
3. Розанов В. А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможности его предикции на ранних этапах развития / В. А. Розанов // Украинский медицинский журнал. 2010. № 1. С. 92-97.
4. Войцех В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т.19, вып. 2. С.17-25.
5. Зотов М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика / М. В.Зотов. СПб.: Речь, 2006. 144 с.
6. Амбрумова А. Г. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко // Вопросы психологии. 1981. №4. С. 91-100.
7. Кондрашенко, В. Т. Девиантное поведение у подростков: Диагностика. Профилактика. Коррекция :учебное пособие / В.Т. Кондрашенко, С. А. Игумнов. Минск : Аверсэв, 2004. 365 с.
8. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. Москва: Академический проект : Трикста, 2005. 336 с.
9. Соколова Е. Т. Проблемы суицида: клиничко-психологический ракурс / Е. Т.Соколова, Ю. А.Сотникова // Вопросы психологии. 2006. № 2. С. 103-110.
10. Рудзинская Т. Ф., Шаров А. А. Мотивационный аспект суицидального поведения / Т. Ф. Рудзинская, А. А. Шаров // Актуальные проблемы современной педагогики и психологии в России и за рубежом Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 2. Новосибирск, 2015. 157 с. С.143-145.
11. Van Heeringen, C. Understanding the suicidal brain / C. Van Heeringen // The British Journal of Psychiatry. № 183. 2003. P. 282-284.
12. Когнитивно-поведенческий подход [Электронный ресурс]: URL: <http://www.pcih.ru/lic/36.html>. (дата обращения: 07.03.2018). Загл. с экрана. Яз.рус.
13. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография / Л. Н. Юрьева. Днепропетровск: Пороги, 2006. 472 с.
14. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов / под общ.ред. Б.Д. Карвасарского. 2-е изд., доп и перераб. СПб.: Питер, 2006. 960 с.
15. Змановская Е. В. Девиантология: (психология отклоняющегося поведения) учебное пособие / Е. В. Змановская. М.: Академия, 2003. 288 с.
16. Димитров И. Т. Индикаторы для диагностики и оценки суицидальной направленности у детей и подростков / И. Т. Димитров // Психология и школа. 2012. № 2. С. 82-86.
17. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. Изд. 2-е доп. и перераб., Л.: Медицина, 1983. 256 с.
18. Егупова М. А. К вопросу о понятии права на образование лиц с ограниченными возможностями здоровья / М. А. Егупова // Право и образование. 2010. № 2. С. 34-40.
19. Шаров А. А. Особенности суицидального поведения подростков с нарушениями речи / А. А. Шаров // Молодежь и наука: Вопросы педагогики и психологии. Сборник научных статей / под. ред. Т. Г.Фирсовой, Т. Ф. Рудзинской. Саратов : ИЦ «Наука», 2014. 195 с. С. 167-171.
20. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий / Е.П. Ильин СПб, 2004. 701 с.
21. Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р.В. Куприянов, Ю.М. Кузьмина, КГТУ. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
22. Юсупов И.М. Психология взаимопонимания / И.М. Юсупов М.: Гардарики, 2003. 314 с.
23. Колесникова И.Н., Церковникова Н.Г. Исследование взаимосвязи суицидального поведения и акцентуаций характера подростков / И.Н. Колесникова, Н.Г. Церковникова. // Гуманитарные науки: материалы XXXI международной научно-практической конференции Новосибирск: Изд. «СибАК». 2014. С. 84-90.
24. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. Изд. 2-е доп. и перераб., Л.: Медицина, 1983. 256 с.
25. Рудзинская Т.Ф., Шаров А.А. Мотивационный аспект суицидального поведения // Актуальные проблемы современной педагогики и психологии в России и за рубежом Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – 2015. С. 143-146.
26. Рубцова М.О. Взаимосвязь эмпатии и эмоциональных состояний личности / М.О. Рубцова Человек в современном обществе. Новосибирск: Изд. «ЭНСКЕ», 2010. 128-131 с.
27. Мухаметзянова Ф.Г., Яруллина А.Ш., Вафина В.Р., Бисерова Г.К. Феномен субъектности студента вуза как индикатора интеграции психологии и педагогике // Интеграция образования. 2013. №1 (70)- С.47-52.

Авторы публикации

- А. А. Шаров**, аспирант, Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского, г. Саратов, Россия, email: sha555da@mail.ru
- Т. Ф. Рудзинская**, канд. психол. наук, доцент, Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского, г. Саратов, Россия, email: tanzilyaff@yandex.ru
- Ф. Г. Мухаметзянова**, доктор педагогических наук, профессор, Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия
- А.В. Фахрутдинова**, доктор педагогических наук, профессор, Казанский (Приволжский) федеральный университет, г.Казань, Россия

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDAL RISK AMONG ADOLESCENTS
WITH SPEECH DISORDERS

A. A. Sharov,* T.F. Rudzynskaya
sha555da@mail.ru

Saratov National Research University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov, Russia

F.G. Mukhametzyanova***, A.V. Fakhrutdinova
florans955@mail.ru

Kazan Federal University, Kazan, Russia

Abstract: The purpose of this article is a summary of the main findings of the experiment and identifying the relationship between the level of empathy, degree of accentuations of character and inclination to suicide risk in adolescents with speech disorders.

Keywords: aggression, accentuation of character, hopelessness, suicidal risk, empathy.

Authors of the published work

A. Sharov, post-graduate student, Saratov National Research University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov, Russia, email: sha555da@mail.ru

T. Rudzynskaya, Cand. Psychol. Sciences, Associate Professor, Saratov National Research University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov, Russia, email: tanzilyaff@yandex.ru

F. Mukhametzyanova, doctor of pedagogical sciences, professor of Kazan Federal University, Kazan, Russia, email: florans955@mail.ru

A. Fakhrutdinova, doctor of pedagogical sciences, professor of Kazan Federal University, Kazan, Russia

Дата поступления 2.03.2018