

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2020(20), №2

«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.

Подписной индекс
в «Пресса России» **29010**

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

Тираж 300 экз.

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

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2020

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители Главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

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, И.В. Макаров,
В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина, В.С. Собкин,
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ.....	4
ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ	
Э.Г. Эйдемиллер ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: РОЛЬ И ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В ИХ ФОРМИРОВАНИИ.....	8
Ю.Ф. Антропов АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	12
В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов, М.В. Прошина ВОСПРИЯТИЕ ПОДРОСТКАМИ СИСТЕМНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОВЛАДАНИЕ С НИМ.....	20
Ю.Ю. Данилова СЕМЕЙНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДОВЕРИЯ К СЕБЕ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ.....	27
Н.А. Шмойлова ЦЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЯ В СТРУКТУРЕ СОЗНАНИЯ САМОАКТУАЛИЗИРУЮЩЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	34
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
Н.В. Александрова ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В ОБЛАСТИ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: ПОТРЕБНОСТЬ, МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ, ЗАЩИТА ПРАВ ЧЕЛОВЕКА.....	44
О.А. Суегина, Н.Е. Кравченко ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ИЗЛЕЧЕННЫХ ОТ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	51
Н.К. Куляева, К.О. Мохов УГРОЗА НАРУШЕНИЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ РЕБЕНКА ПРИ СМЕНЕ ИНИЦИАЛ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ.....	58
АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ	
Э.Г. Эйдемиллер ПСИХОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОМ КУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ РОССИИ.....	64
КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ	
Е.А. Бодагова АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ.....	71
Д.Р. Мерзлякова ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ БИОРИТМОВ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ПРОЦЕСС СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ-ПОДРОСТКОВ.....	77
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
М.Ю. Городнова ГЕШТАЛТ-ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АДДИКТИВНОГО И ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ЛЕКЦИЯ).....	82
А.Н. Фоменко, С.В. Гречаный НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В АСПЕКТЕ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ).....	97
Е.А. Катан ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	109
ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ	
ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР НЕКРОЛОГ.....	119
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	122

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

E.G. Eidemiller

MENTAL HEALTH AND MENTAL DISORDERS: THE ROLE AND INFLUENCE OF FAMILY NURTURE.....	8
IN THEIR FORMATION	

Yu.F. Antropov

AFFECTIVE DISORDERS AND CARDIOVASCULAR DISORDERS IN CHILD'S-ADOLESCENCE.....	12
---	----

V.M. Yaltonsky, I.N. Abrosimov, M.V. Proshina

PERCEPTION BY TEENAGERS OF SYSTEMIC CHRONIC DISEASE AND COPING WITH HIM.....	20
---	----

Yu.Yu. Danilova

FAMILY DEPRIVATION AS A SIGNIFICANT FACTOR IN DEVELOPMENT OF SELF-TRUST IN ELDER ADOLESCENTS.....	27
--	----

N.A. Shmoylova

THE VALUE OF HEALTH IN THE STRUCTURE OF CONSCIOUSNESS OF A SELF-ACTUALIZING PERSONALITY IN ADOLESCENCE.....	34
--	----

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

N.V. Alexandrova

FORMATION OF REPRESENTATIONS IN THE FIELD OF CHILDREN'S PSYCHIATRY: NEEDS, INTERDISCIPLINARY AND ETHICAL CONTRADICTIONS, PROTECTION OF HUMAN RIGHTS.....	44
--	----

O.A. Suetina, N.E. Kravchenko

MENTAL DISORDERS AND PROBLEMS OF SCHOOL ADAPTATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS TREATED FROM ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES.....	51
--	----

N.K. Kulaeva, K.O. Mokhov

THREAT OF INFRINGEMENT OF IDENTIFICATION OF THE CHILD AT CHANGE OF NAME IN THE FOSTER FAMILY.....	58
--	----

SHORT COMMUNICATIONS

E.A. Bodagova

ANALYSIS OF THE MENTAL HEALTH OF CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE.....	71
--	----

D.R. Merzlyakova

RESEARCH OF THE INFLUENCE OF BIORITHMS AND PHYSICAL LOAD ON THE PROCESS OF PRESERVING THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF ATHLETES-TEENAGERS.....	77
---	----

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

M.Yu. Gorodnova

GESTALT APPROACH IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF ADDICTIVE AND DEPENDENT BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (LECTURE).....	82
--	----

A.N. Fomenko, S.V. Grechany

NON-DRUG METHODS OF TREATMENT OF POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS IN THE ASPECT OF PRESERVING CHILDREN'S MENTAL HEALTH (LITERATURE REVIEW).....	97
--	----

E.A. Katan

PURPOSE OF INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES TO IDENTIFY PSYCHOTRAUMATIC FACTORS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE.....	109
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS.....	122

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ). Автор более 120 научных публикаций в области обучения слепоглухих, клинико-психолого-педагогического изучения детей с разными вариантами сложных сенсорных нарушений, в том числе глав в учебниках «Специальная дошкольная педагогика», «Основы специальной психологии», «Специальная психология» и «Психолого-педагогическая диагностика». Автор книги «История обучения слепоглухих детей в России» (2015), переведенной на английский и японский языки (2017).

МАРИНА ЮРЬЕВНА ГОРОДНОВА, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психотерапии, сексологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Северо-западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ России, автор более 150 научных работ, в том числе (соавтор) «Практикум по семейной психотерапии», «Семейный диагноз и семейная психотерапия», «Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе», учебника (соавтор) «Возрастная психология и психотерапия». Сертифицированный практикующий гештальт-терапевт, супервизор. Автор бифокальной модели краткосрочной семейно-групповой психотерапии, модели «Обучающей супервизии». Сфера научных и практических интересов: аддиктология, психология болезни и инвалидности, теория поля в медицинской психологии и психотерапии, гештальт-терапия, групповая и семейная психотерапия, супервизия.

ИРИНА АЛЕКСЕЕВНА ГОРЬКОВАЯ, профессор, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии человека ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена, зав. кафедрой психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава РФ. Автор более 140 научных работ, в том числе 4 монографий. Основные направления исследований: девиантное поведение и жизнестойкость подростков, судебно-психологическая экспертиза, перинатальная психология, патопсихология.

ИГОРЬ ВАЛЕРИЕВИЧ ДОБРЯКОВ, кандидат медицинских наук; психиатр высшей категории; психолог EuroPsy; сертифицированный психотерапевт, сексолог; доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета; старший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»; консультант United Nations Children's Fund по работе в кризисных ситуациях; сопредседатель секции перинатальной психологии Российского Психологического Общества; официальный супервизор Российской Психотерапевтической Ассоциации; член координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества. Член редакционных коллегий журнала «Перинатальная психология», электронного журнала «Профилактика зависимостей». Автор более 250 научных публикаций, в том числе монографий («Семейный диагноз и семейная психотерапия» – соавт. Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская), «Перинатальная психология», «Ka Radit Laimigu Bernu»; «Ташкил ва расонидани ёрии психологӣ дар минтакаи ҳолати фавқулодда» (соавторы Никольская И., Юнусова Н.), «Перинатальные утраты» (соавтор Фаербург Л.М.), ав-

тор глав в коллективных монографиях, в учебно-методических пособиях, в учебниках «Детская психиатрия», «Психология здоровья» и др.

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА ЗВЕРЕВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития МГППУ, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, член редколлегии электронных журналов «Медицинская психология в России», «Клиническая и специальная психология», **заместитель президента АДПП**. Круг научных интересов связан с клинической психологией, проблемами аномального развития, дифференциальной диагностики в клинической психологии, возрастных аспектов дизонтогенеза. Автор более 150 научных публикаций, в их числе редактор (по психологии) «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста», учебного пособия «Патопсихология детского и юношеского возраста» (в соавторстве), хрестоматии по Методам нейропсихологической диагностики, учебника «Клиническая психология детей и подростков» (в соавторстве, соавтор монографии «Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра», автор, соавтор и редактор ряда методических рекомендаций по клинико-психологической диагностике детей и подростков.

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, доктор медицинских наук, профессор, зав. отделением клинической психофармакологии Национального научного центра наркологии, профессор Института психологии Белорусского государственного педагогического университета. Член Ассоциации европейских психиатров, Европейского коллегияума нейропсихофармакологии (ECNP) и Московской психотерапевтической академии. Автор более 350 статей, учебных пособий и монографий: Клиническая психотерапия детей и подростков; Общая психотерапия; Антенатальное облучение: нейропсихиатрические аспекты; Расстройства поведения у подростков; Клиника и психология девиантного поведения; Стресс и стресс-зависимые заболевания и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства, включая аддиктивное и суицидальное поведение у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейропсихиатрические аспекты антенатального облучения.

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, профессор, доктор медицинских наук, профессор МГППУ, **член Правления АДПП**. Автор более 190 научных статей и монографий в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования, автор (в соавторстве) монографии «Детская социальная психиатрия для непсихиатров», учебного пособия «Междисциплинарный консилиум в службе психического здоровья детей и подростков». Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

НАТАЛЬЯ КАПИТОНОВНА КИРИЛЛИНА, кандидат медицинских наук, директор ООО «Институт гармоничного развития и адаптации» («ИГРА»), **член Правления АДПП**, руководитель курса профессиональной переподготовки «Детско-подростковая и семейная психотерапия». Имеет несколько печатных работ, 2 монографии по теме элективного мутизма. Основные сферы интересов: элективный мутизм, игровая и семейная психотерапия.

ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА КУПРИЯНОВА, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения клинико-патогенетических проблем детской психиатрии Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ. Автор и соавтор более 120 научных работ, в том числе — глав в научных руководствах. Основные направления исследований — СДВГ, умственная отсталость, расстройства шизофренического спектра, расстройства артистического спектра.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров. Автор и соавтор более 170 научных и учебных работ, в том числе монографий «Психозы у детей», «Лекции по детской психиатрии», «Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста», Национального руководства по психиатрии и др. Сфера научных интересов: общая психопатология, шизоформные расстройства и психическая атония у детей и подростков, состояния когнитивного дефицита, реабилитация психически больных детей.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья. Автор более 680 научных публикаций, 60 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройств поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия», «Аддиктивное влечение» и др. Автор антиципационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬЕВНА НИКИТИНА, доктор педагогических наук, профессор, член Правления АДПП, член Союза Журналистов РФ, член Международного союза журналистов, член Общественного консультативного совета политических партий при Московской городской Думе. Автор более 150 научных публикаций, из них 16 монографических (в т. ч. в соавторстве): Социальная педагогика: вопросы теории и практики; Социальный педагог в образовательных учреждениях; Развитие социальной педагогики: историко-педагогический анализ; Волонтер и общество. Волонтер и власть; и др. Основные направления исследований: история, теория и методология социальной педагогики, социальные службы для детей, молодежи и семьи, социально-педагогические объединения детей и молодежи, волонтерство, социально-педагогические аспекты школьного образования, воспитательная работа с детьми по месту жительства, прогнозирование и развитие общественного и семейного воспитания.

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «НЦПЗ», **президент АДПП**. Автор более 240 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства и пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

ВЛАДИМИР САМУИЛОВИЧ СОБКИН, доктор психологических наук, профессор, академик РАО, заслуженный деятель науки РФ, руководитель Центра социологии образования ФГБНУ «Институт управления образованием РАО», лауреат Премии Президента РФ в области образования. Автор более 700 научных публикаций по проблематике социологии образования, детской, возрастной и педагогической психологии, психологии искусства. Ряд статей и монографий переведен на иностранные языки и изданы за рубежом. Основные направления исследований: детская, возрастная и педагогическая психология, социология образования, психология искусства

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

АННА МИХАЙЛОВНА ЩЕРБАКОВА, кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии МГППУ. Автор более 60 публикаций, в том числе программно-методических сборников, рекомендованных ФЭС МО РФ. Научный редактор и соавтор монографического сборника «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». Основные направления исследований и деятельности: психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья. Разработчик и руководитель магистерской программы «Психологическая реабилитация в социальной сфере». Руководитель программы профессиональной переподготовки Кклинико-психолого-педагогические основы реабилитации творческими видами деятельности». Член редколлегии электронного журнала «Клиническая и специальная психология». Круг интересов: психология устойчивости; арт-педагогика и арт-терапия; пути и способы социализации детей с интеллектуальной недостаточностью.

Э.Г. Эйдемиллер

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:
РОЛЬ И ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ
В ИХ ФОРМИРОВАНИИ**

**ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет
им. И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье рассмотрена роль патологизирующего семейного воспитания в возникновении и поддержании психических расстройств у детей. На основе системного подхода в семейной психотерапии выделено шесть типов дисгармоничного воспитания, в основе которых лежат эмоциональное отвержение родителями своих детей, неадекватное удовлетворение потребностей, неудовлетворительный контроль. Дано описание этих типов. Показана роль семейного воспитания как значимого фактора сохранения психического здоровья подрастающего поколения.

Ключевые слова: семейное воспитание, дети, психическое здоровье, психические расстройства.

Родители отягощают своих детей не только
биологически, но и психологически.

Юлиус Вагнер-Яурегт

Возникает необходимость ввести основные понятия, которые будут раскрыты в статье. Одним из показателей нормального функционирования семей является тип воспитания детей.

Нормально функционирующие семьи – те, которые руководствуются правилами, позволяющими семьям в целом и их членам в отдельности удовлетворять базисные потребности в самоактуализации, безопасности, принадлежности друг к другу, росте и изменениях.

Дисфункциональные семьи – это семьи, функция/функции в которых оказываются несформированными или заблокированными. В этих семьях дети часто получают разные типы патологизирующего воспитания.

Как и каким образом можно дифференцировать нормальное (гармоничное) и патологизирующее (негармоничное) семейное воспитание?

С помощью двух, взаимно дополняющих друг друга, методов диагностики – клинико-биографического и психологического, в который входят метод включенного наблюдения, опросники и тесты. Диагностика с помощью обоих методов строится с учетом четырех критериев: 1) эмоциональное принятие ребенка; 2) степень удовлетворения потребностей; 3) контроль; 4) системное соединение родительско-детских и детско-родительских отношений.

Нормальное семейное воспитание – такое, которое способствует развитию личности ребенка в условиях обеспечения безопасности, удовлетворения потребностей в самоактуализации, принятии, росте и изменениях. Это воспитание учитывает темперамент ребенка. Часто психические расстройства формируются в семьях, в которых родители стремятся связывать «быстрого» и толкать «медленного» ребенка. Нормальное семейное воспитание основывается на

правилах, которые способствуют психическому и физическому развитию каждого члена семьи и семьи в целом. Нормальное семейное воспитание является системным соединением ожиданий детей и родителей.

Патологизирующее семейное воспитание - несистемное соединение ожиданий детей и их родителей в процессе взаимодействия. Такое воспитание игнорирует темперамент детей, что может приводить к искажению их физического, личностного и социального функционирования.

Эмоциональное принятие может быть полным или частичным. Степень удовлетворения потребностей бывает такой, которая способствует адекватному развитию личности/организма детей.

Избыточное или недостаточное удовлетворение потребностей оказывают блокирующее воздействие на развитие детей.

Контроль бывает доверительным и авторитарным. В первом случае взаимодействие родителей и детей происходит в форме диалога/триалога. Во втором – авторитарность родителей лишает детей способности к самоактуализации, подавляет их инициативу и волевые качества.

Системный подход в семейной психотерапии. Исследование взаимодействия в семьях позволило выявить их системный характер [1]. Эти взаимодействия обусловлены циркулярной причинностью, согласно которой все элементы в живых открытых системах – семьях – взаимосвязаны прямыми и обратными связями. Циркулярная причинность пришла на смену ньютоновской линейной причинности. Данные, полученные с помощью системного подхода и циркулярной причинности констатируют, что воспитательные действия идут не только от родителей к детям, но и от детей к родителям. Уместно вспомнить слова Зигмунда Фрейда: «Дети обучают своих родителей любви».

В результате многолетних исследований удалось выделить шесть типов патологизирующего семейного воспитания [1]. В их основе лежат эмоциональное отвержение родителями своих детей, неадекватное удовлетворение потребностей, неудовлетворительный контроль – авторитарный или отсутствие его.

Потворствующая гиперпротекция. Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к избыточному удовлетворению его потребностей. Гипертрофированное восхищение ребенком, стремление признать в нем качества, которые либо отсутствуют, либо представлены минимально, и при этом игнорирование подлинных его качеств. Как правило, такие родители избыточно восхищаются поведением ребенка, не принимают критические замечания окружающих в его и их адрес. В основе избыточности или недостаточности в проявлении родительских чувств лежит эмоциональное отвержение. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных и гипертимных черт у детей и подростков. Дети играют в семьях роль «любимцев», но при этом страдают от того, что родители стимулируют и подкрепляют не истинные качества детей, а те, которые симпатичны им самим.

Доминирующая гиперпротекция. Ребенок находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, однако лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У гипертимных подростков такие запреты усиливают реакцию эмансипации и обуславливают острые аффективные всплески экстрапунитивного типа. При тревожно-мнительном и астеническом типах акцентуаций доминирующая гиперпротекция значительно усиливает астенические черты. Дети-астеники своим безвольным, внешне послушным поведением еще больше подкрепляют уверенность родите-

лей, что их воспитательные действия адекватны.

Повышенная моральная ответственность. Этот тип воспитания характеризуется высокими требованиями к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям. Такое воспитание стимулирует развитие черт тревожно-мнительной акцентуации личности. Такой тип воспитания наиболее часто встречается в «стерильных семьях». В этих семьях табуированы эмоциональные отношения, телесность и сексуальность [4].

Эмоциональное отвержение. В крайнем варианте – это воспитание по типу «Золушки». В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое или, чаще? неосознаваемое отождествление родителями ребенка с какими-либо отрицательными моментами в собственной жизни. Ребенок в этой ситуации может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые устанавливают в отношениях с ним большую дистанцию. Эмоциональное отвержение формирует и усиливает черты инертно-импульсивной акцентуации и эпилептоидного расстройства личности, ведет к декомпенсации и формированию невротических расстройств у подростков с эмоционально-лабильной и астенической акцентуациями.

При жестоком обращении родителей с детьми на первый план со стороны родителей выходит эмоциональное отвержение, проявляющееся наказаниями в форме избиений и истязаний, лишением удовольствий, неудовлетворением их потребностей.

Гипопротекция. Ребенок при данном воспитании предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его. Подобное воспитание особенно неблагоприятно при акцентуациях гипертимного и неустойчивого типов. У таких детей нарушения поведения и эмоций являются протестом против выраженного эмоционального отвержения и жестокого воспитания. В свою очередь, нарушения поведения и эмоций позволяет родителям оправдывать и настойчиво применять свои воспитательные действия.

Еще раз подчеркнем, что в основе всех типов патологизирующего семейного воспитания лежит эмоциональное непринятие родителями своих детей такими, какие они есть.

Разработанный литовским психологом В. Юстицкисом опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) для определения патологизирующего типа воспитания детей, прошел нашу совместную апробацию. Совместно с ним был создан вариант для подростков [1]. Этот опросник доказал свою валидность и надежность. Сопоставление результатов тестирования с помощью АСВ с данными включенного наблюдения и фактов, обнаруженных с помощью клинико-биографического метода, показало высокую достоверность процедуры исследования.

Опыт, накопленный основоположниками семейной психотерапии в СССР – В.К. Мягер, А.И.Захаровым и Э.Г. Эйдемиллером – показал, что 90% пациентов разного возраста с разными диагнозами – расстройствами личности, невротическими расстройствами, психическими и психосоматическими заболеваниями - выросли в дисфункциональных семьях и получили патологизирующее воспитание.

Возникает вопрос, какова судьба тех людей, которые составили 10%? Ответ заключается в том, что лица с так называемой «ядерной психопатией» могут родиться и жить в нормально функционирующих семьях. Формирование таких расстройств обусловлено генетическими факторами. Правда, по мере взросления этих детей и их конфликтов с обществом функционирование семей ухудшается. В то же время известно, что существует немало людей, которые вырастают в условиях эмоционального отвержения и не обременены психиатрическими диагнозами.

Сказанное заставляет нас системно изучать взаимосвязь психического, биологического и социального в личности/организме с позиций биопсихосоциальной модели здоровья и болезни L. Engel. Вдея дополнить эту модель четвертым компонентом под названием «духовность» - вызывает сомнение по нескольким соображениям: во-первых, многозначность этого термина, на истолкование которого претендуют психологи, философы, историки, искусствоведы и служители церкви, во-вторых, с нашей точки зрения, духовность является синтезом психического и социального.

Семейное воспитание, при котором ребенок эмоционально принят, потребности его достаточно удовлетворены, а контроль носит доверительный характер, он имеет большие шансы – при наличии здоровой наследственности – быть психически здоровым.

Психическое здоровье соответствует трем критериям:

- Отсутствие психических и психосоматических расстройств;
- Нормальное развитие психики в соответствии с возрастом и семейными условиями;
- Благоприятное (нормальное) функционирование.

В заключение следует сказать, что любое исследование может претендовать на доказательность интерпретации полученных фактов только в рамках взаимно созданного контекста усилиями исследуемых и исследователя. Школа детского психоанализа Анны Фрейд доказала, что наблюдение за поведением детей, носящее интересубъективный характер, позволяет лучше понимать мир переживаний ребенка.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

REFERENCES

1. E.G. Jejdemiller, V. Justickis Psihologija i psihoterapija sem'i. 4-e izd. – SPb.: Piter, 2008. – 672 s.

2. Bertalanfy I. von. General system theory and psychiatry/ American hand book of psychiatry. Ed. Silvano Arieti. Volume three, 1966. – New York/London. – 705 – 722 p.

3. Spigel J.P., Bell N.W. The family of psychiatric patients/ Volume one, 1965. - New York/London. – 114 – 149 p.

E.G. Eidemiller

MENTAL HEALTH AND MENTAL DISORDERS: THE ROLE AND INFLUENCE OF FAMILY NURTURE IN THEIR FORMATION

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary. The article considers the role of pathologizing family nurture in the emergence and maintenance of mental disorders in children. Based on a systematic approach in family psychotherapy, six types of disharmonious nurture have been identified. They are based on emotional rejection by the parents of their children, inadequate satisfaction of needs, and unsatisfactory control. A description of these types is given. The role of family nurture as an important factor in maintaining the mental health of the younger generation is shown.

Keywords: family nurture, children, mental health, mental disorders.

**АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ
РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).

Резюме. Приводятся результаты исследования 351 больного с психосоматическими расстройствами, включающими сердечно-сосудистые. Установлены особенности аффективных (депрессивных) проявлений, определяющих возникновение вегетативной дистонии с сердечно-сосудистыми нарушениями. Выявлена определенная корреляция выраженности и сформированности сердечно-сосудистых расстройств с особенностями депрессивных проявлений. Отмечена более высокая эффективность дополнительного лечения больных с использованием антидепрессантов, чем при симптоматической терапии. Сделан вывод об основной роли депрессивных нарушений в возникновении сердечно-сосудистых психосоматических расстройств.

Ключевые слова: психосоматика, депрессия, сердечно-сосудистые расстройства, дети и подростки.

Введение. Проблема сердечно-сосудистых расстройств разрабатывалась на протяжении многих десятилетий с учетом роли аффективных нарушений в патогенезе этой соматической патологии у больных зрелого возраста. Значительно позже психосоматические соотношения при сердечно-сосудистой патологии стали рассматриваться у детей и подростков. Основанием для этого являлась высокая частота психовегетативных расстройств в детско-подростковом возрасте, от 20,5 до 80% [2, 5, 13] и распространенность психосоматических расстройств – около 90% [4], нередко включающих сердечно-сосудистые нарушения [3, 11, 15 и др.]. Большинство исследователей выявляемая коморбидность сердечно-сосудистых нарушений и психических расстройств рассматривалась без определения роли последних в патогенезе соматической патологии [1, 6, 8, 9, 17 и др.]. Чаще отмечаемые психопатологические проявления описывались при функциональных сердечно-сосудистых нарушениях, без указания на патогенетическую значимость [12-14 и др.], лишь в единичных работах отмечалась роль эмоциональных и депрессивных расстройств в генезе сердечно-сосудистой патологии [7, 10, 16].

Исходя из актуальности разработки вопросов соотношения аффективной и сердечно-сосудистой патологии, после информированного согласия проведено обследования находившихся на лечении в Российской детской клинической больнице в 1990-2012 гг. детей и подростков с функциональными сердечно-сосудистыми нарушениями.

Целью работы являлось уточнение роли аффективных нарушений в патогенезе сердечно-сосудистых расстройств в структуре психосоматической патологии у детей и подростков и разработка патогенетически обоснованных терапевтических подходов.

Материал и методы. Исследован 351 больной (соотношение лиц мужского пола и женского – 1:1,7) с сердечно-сосудистыми нарушениями.

Все обследованные предъявляли жалобы на различные отклонения в функционировании сердечно-сосудистой системы. Большая часть больных отмечала кратковременные боли в сердце иногда с чувством сдавливания, замирания сердца, изменения частоты сердцебиения (обычно учащение, редко урежение), кратковременные или продолжительные изменения артериального давления – чаще повышение, реже понижение и колебания, а также носовые кровотечения и т. п., нередко сочетающиеся с головными болями, чаще слабыми, и головокружением. Спонтанно жалобы на сердечно-сосудистую недостаточность высказывались больными крайне редко, только при целенаправленном расспросе, имели неразвернутый характер, нередко нарушения отмечались как фактически состоявшиеся и лишь иногда являлись единственной соматической патологией. Часто функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы выявлялись параклинически с последующим подтверждением больными.

Основными методами исследования были: клинический и клинико-психопатологический. Дополнительно использовались анамнестический, клинико-психологический (шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Спилбергера), параклинический (ЭКГ, Эхо-КГ, КИГ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, РЭГ, Допплер) и статистический (обработка информации с помощью компьютерной программы Microsoft Excel (Версия 10) и статистического пакета Statistica 6.0) методы.

Результаты и обсуждение. В общей группе больных с функциональными сердечно-сосудистыми нарушениями отмечалась во всех случаях полисистемность расстройств (сочетание патологии психической и хотя бы одной соматической системы) с поражением от 1 до 8 соматических систем – $4,4 \pm 0,2$ соматических расстройства у одного больного.

У 17 (4,8%) обследованных больных (I группа) сердечно-сосудистые расстройства были определяющими (0,6%) и ведущими (4,2%), а у 334 (95,2%) – (II группа) – сопутствующими. В числе ведущих соматических расстройств, наряду с сердечно-сосудистыми, отмечались кожные нарушения (23,6%), гастроэнтерологические (22,5%), эндокринные (17,1%), алгические (14%), чаще цефалгические (13,1%), двигательные (11,4%), респираторные (2,6%), мочевыделительные (2%) и расстройства терморегуляции (1,7%).

В большинстве наблюдений (94,3%) сердечно-сосудистые расстройства выступали в виде психосоматических реакций, крайне редко – психосоматических состояний – у 5,7% больных.

Средний возраст больных – $11,2 \pm 0,4$ года. В подавляющем большинстве случаев практически определялся возраст возникновения психосоматических, а не сердечно-сосудистых, расстройств. Средний возраст возникновения психосоматических расстройств – $6,6 \pm 0,4$ года. Длительность – в среднем $4,7 \pm 0,4$ года.

У обследованных больных отмечался высокий уровень отягощенности факторами риска возникновения психических и соматических расстройств.

Наследственные факторы были представлены личностными особенностями у 97,2% больных, – у 71,8% матерей, чаще в виде тревожно-мнительных черт характера, реже аффективно-возбудимых, эпилептоидных, реже других черт и – у 51,6% отцов с аффективно-возбудимыми, тревожно-мнительными, реже другими чертами характера. В 42,7% семей особенности личности определялись у обоих

родителей. Психосоматические расстройства установлены у 45,6% близких родственников, у 0,9% отмечена сердечно-сосудистая патология. Психические нарушения выявлены у 26,8% родственников 1-2 степени родства (непсихотического уровня – у 20,2%, психотического уровня – у 4,8% и психотического и непсихотического – у 1,7%). Аффективные нарушения на первом году жизни, отмечались у 12,3% больных. В среднем – 3,1 наследственных факторов риска.

Из *церебрально-органических факторов* риска наиболее часто устанавливались остаточные явления раннего органического поражения ЦНС – у 92,0% больных, патология беременности – у 73,8% и нарушения вскармливания – у 50,7%. Реже определялись патология родов (36,8%), травмы, операции под наркозом, инфекции и т. п. (38,7%), патология новорожденного (31,9%), органические аффективные проявления на 1-м году жизни (24,8%), нарушения психического развития (12,8%) и моторного (9,4%), психомоторного развития (6,3%) и вредные привычки (1,4%) На одного больного приходилось 3,7 факторов риска.

Психосоциальные факторы риска чаще выступали в виде патологии воспитания – у 78,1% больных, излишнего беспокойства об оценках – у 66,7% и нарушений системы мать-дитя – у 65,8%. Реже отмечались: наличие sibсов (54,7%), посещение детских дошкольных учреждений (52,4%) с негативной реакцией (26,5%), психоэмоциональные перегрузки (42,7%), конфликтные и неустойчивые отношения с родителями (31,3%) и сверстниками (29,3%), конфликты в семье (21,1%), неполная семья (19,9%), раннее помещение в школу (19,4%), психогенная аффективная патология на 1-м году жизни (16,8%), первые роды у тревожно-мнительных матерей (16,0%). Другие факторы более редки. Среднее число факторов риска – 6.

На одного больного приходилось 12,8 факторов риска с некоторым преобладанием биологических (6,8) над психосоциальными (6) факторами.

Соматический статус обследованных больных наряду с функциональными сердечно-сосудистыми расстройствами характеризовался высокой частотой других соматических расстройств. Изменения по органам и системам у подавляющего большинства больных незначительные, свойственные функциональным нарушениям, в том числе у 0,6% больных не соответствующие болевым проявлениям, выраженные – у 21,9%. У всех больных соматические нарушения верифицированы параклинически.

Неврологический статус: диспластичный череп у 46,4% больных, у 6% череп гидроцефальный с явлениями внутричерепной гипертензии. У 92% больных выявлялись остаточные явления раннего органического поражения ЦНС – у 91,4% минимальная дисфункция мозга, а у 0,6% более заметные проявления. Головные боли отмечались у 62,4% больных, артралгии – у 3,7%, миалгии – у 1,7%, радикулалгии – у 1,4%, акинезии – у 2,2%, тики – у 1,1%, гиперкинезы – у 0,6%, легкие проявления астазии-абазии – у 0,9% больных. Ухудшение зрения – у 8,3% больных, слуха – у 0,6%, зрения и слуха – у 0,6%, нарушения речи – у 7,1%, чувствительности – у 1,4% больных. Вегетососудистые нарушения устанавливались у всех больных: у 92% слабые, у 7,7% – сильные и у 0,3% – пароксизмальные.

Параклиническое обследование подтверждало в большинстве наблюдений выявленные клинически нарушения.

По данным кардиоинтервалографии у 91,5% больных были установлены

нарушения гомеостаза: с явлениями парасимпатикотонии – у 66,1% больных (с симпатикотонической вегетативной реактивностью – у 16,9%, гиперсимпатикотонической – у 41,8%, асимпатикотонической – у 4,8% и нормальной вегетативной реактивностью – у 2,6%). Реже устанавливались нарушения гомеостаза с явлениями симпатикотонии – у 25,4% больных (с симпатикотонической вегетативной реактивностью – у 9%, гиперсимпатикотонической – у 6,9%, асимпатикотонической – у 6,3% и нормальной вегетативной реактивностью – у 3,2%). Нормальный гомеостаз – у 8,5% больных с нормальной вегетативной реактивностью у 1,6%, симпатикотонической – у 2,1%, гиперсимпатикотонической – у 3,2% и асимпатикотонической вегетативной реактивностью – у 1,6%.

Психический статус у всех больных включал слабые или умеренно выраженные аффективные (депрессивные) нарушения, иногда психогенно усиливающиеся до выраженных, крайне редко сменяющиеся на гипоманиакальные. У 92% больных выявлялась мало выраженная депрессия, с неуверенностью, недостаточной активностью и снижением интересов, без жалоб на пониженное настроение как со стороны больных, так и их родителей, представленная у 90,9% субдепрессией, редко скрытой депрессией у 1,1% больных. Умеренно выраженная депрессия с заметным, относительно стойким пониженным настроением, ограничением интересов и общительности, пассивностью, на которые жаловались больные и их родители, отмечалась у 8% обследованных детей и подростков. Средний показатель определения депрессии по шкале Гамильтона – $12,1 \pm 0,8$ балла.

Генез депрессии у 84,6% больных был связан с психотравмирующими воздействиями, редко – у 12,8%, с соматическими заболеваниями или церебрально-органическими изменениями и крайне редко – у 2,6% больных с эндогенными механизмами. Клинические варианты депрессии чаще имели сложный характер – астенотревожный у 57,3% больных, тревожно-тоскливый – у 7,7%. Простые варианты депрессии были представлены тревожным у 24,8% больных, астеническим – у 9,1% и тоскливым у 1,1% больных. Данные по опроснику Спилберга: реактивная (ситуационная) тревожность от 22 до 54, средняя $36,2 \pm 3,1$ (умеренная); личностная тревожность от 41 до 65, средняя $51,1 \pm 3,5$ (высокая).

Депрессия как самостоятельное расстройство определялась у 80,9% больных, а в структуре других психических расстройств у 19,1%.

Почти все больные имели различные личностные особенности обычно в виде акцентуированных черт характера, наиболее частых лабильно-истерических (30,5%), эмоционально-лабильных (21,4%), истерических (21,1%) и реже тревожно-замкнутых (14,2%) черт, редко – сенситивных, астеноневротических, эпилептоидных и других акцентуаций.

Во всех случаях диагностированы психические расстройства, преимущественно непсихотического уровня, представленные аффективными и другими психопатологическими проявлениями.

Наиболее часто диагностировались: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – у 51,8% больных, включая невротическую депрессию с синдромом Жюль де ля Туретта (F41.2 и F95.2) – у 0,3%. Значительно реже отмечались: дистимия (F34.1) – у 11,4%, органическое депрессивное расстройство (F06.36) – у 4,8%, невращения (F48.0) – у 4%, смешанная тревожная и депрес-

сивная реакция (F43.22) – у 3,7%, органическое тревожное расстройство (F06.4) – у 3,4%, кратковременная депрессивная реакция (F43.20) – у 3,1%, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) – у 3,1%. Редко устанавливались: органическое астеническое (эмоционально лабильное) расстройство (F06.6) – у 2,0%, патохарактерологическое развитие личности по истерическому типу (F60.43) – у 1,7%, нервная анорексия (F50.0) – у 1,4% больных. Еще более редкими были другие психические расстройства.

Проведение дополнительно к соматотерапии лечения 43,9% больных с сердечно-сосудистыми нарушениями с использованием препаратов антидепрессивного, анксиолитического (чаще растительных) и нейрометаболического действия, редко нейролептиков в малых и возрастных дозах более 2 недель привело к выздоровлению 7,1% больных и значительному улучшению – у 50,6%. В результате кратковременной (менее 2-х недель) терапии – у 40,9% больных достигнуто улучшение как психического, так и соматического состояния, а у 1,3% – незначительное улучшение.

У 49,6% больных, получавших только соматотерапию в сочетании с транквилизаторами в 9 случаях, нейролептиками в одном и гормонами в двух: значительное улучшение соматического состояния у 3,5% больных (достоверно ниже, чем при патогенетической терапии), улучшение – у 58%, незначительное улучшение – у 16,9% и состояние без перемен у 21,7% больных.

Психический статус у 17 больных с определяющими и ведущими сердечно-сосудистыми нарушениями характеризовался аффективной патологией, у 94,1% больных в виде мало выраженной депрессии – субдепрессии. Умеренно выраженная депрессия отмечалась у 5,9% больных. Показатель депрессии по шкале Гамильтона – $10,7 \pm 2,3$ балла.

У 82,4% больных депрессия была психогенной, у 17,6% – соматогенной. Чаще у больных диагностировалась тревожная депрессия (58,8%) и астеническая (35,3%), редко астенотревожная (5,9%). Как нозологическая единица депрессия устанавливалась – у 70,6%, в структуре других психопатологических состояний – у 29,4% больных.

Психический статус у 334 детей и подростков с сопутствующими сердечно-сосудистыми расстройствами (группа II) определялся различной психопатологической симптоматикой и обязательным наличием аффективных (депрессивных) расстройств, преимущественно мало выраженной депрессией – у 91,9% больных, с субдепрессией – у 90,7% и скрытой – у 1,2%. Умеренно выраженная депрессия диагностировалась у 8,1% больных. Оценка депрессии по шкале Гамильтона – $12,2 \pm 0,8$ балла.

У 84,7% больных депрессия была психогенной, у 12,6% – соматогенной и у 2,7% – эндогенной. Типологически у 59,9% больных определялась астенотревожная депрессия, у 23,1% – тревожная, у 8,1% – тревожно-тоскливая, у 7,8% – астеническая и у 1,2% больных – тоскливая.

У 81,4% больных клиника определялась собственно депрессивными расстройствами, а у 18,6% различными психическими расстройствами, включающими депрессивные проявления.

Патогенетическое лечение 47,1% больных I-й из группы способствовало

достижению значительного улучшения – у 37,5% и улучшения у 62,5% больных. Симптоматическое лечение 52,9% больных привело к значительному улучшению у 11,1% больных (достоверно ниже, чем при патогенетической терапии), улучшению – у 44,4%, незначительному улучшению – у 11,1% и состояние без перемен у 33,3% больных.

Использование антидепрессантов при лечении 43,7% больных II-й группы способствовало выздоровлению 7,5% больных, значительному улучшению – у 51,4%, улучшению – у 39,7% и незначительному улучшению у 1,4% больных. При симптоматической терапии у 49,4% детей значительное улучшение было достигнуто у 3% больных (достоверно ниже, чем при патогенетической терапии), улучшение – у 58,8%, незначительное улучшение – у 17% и состояние без перемен у 21,2% больных.

Заключение. Психосоматические сердечно-сосудистые расстройства в детско-подростковом возрасте редко выступают в виде ведущих и тем более определяющих, чаще в виде сопутствующих расстройств.

Сложность патогенеза сердечно-сосудистых расстройств на ранних возрастных этапах определяется полифакторностью с наиболее значимыми аффективными (депрессивными) нарушениями.

Клиническая картина сердечно-сосудистой патологии коррелирует с особенностями депрессивных нарушений.

Дополнительное использование патогенетической терапии антидепрессантами, транквилизаторами и нейрометаболическими препаратами более эффективно, чем проведение только симптоматической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь Н.А., Школьников М.А., Киреева И.М., Белехов Ю.Н. Нейрогенная тахикардия у детей: клиника и лечение // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 18 - 20.
2. Белоконь Н.А., Осокина Г.Г., Леонтьева И.В. Вегетативно-сосудистая дистония у детей (Методические рекомендации). МЗ СССР. М., 1987. 24 с.
3. Брызгунов И.П. Между здоровьем и болезнью. Функциональные заболевания в детском возрасте. М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. 224 с.
4. Брызгунов И.П., Чичерин Л.П., Ли В.М. Необходимость организации отделений психосоматических функциональных заболеваний у детей и подростков // Охрана психического здоровья детей и подростков М., 1998. С. 15-16.
5. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М.: МИА, 2002. 160 с.
6. Горюнова А.В., Шимонова Г.Н., Боровова А.И., Галкина Н.С. Психоневрологические аспекты функциональной пароксизмальной тахикардии у детей раннего возраста. // Актуальные проблемы соматопсихики и психосоматики. – М., 1990. – С. 69-71.
7. Долгих В.В., Прохорова Ж.В., Фомина Н.А. Роль психоэмоциональных и социальных факторов в развитии эссенциальной артериальной гипертензии у подростков // Педиатрия. 2011. № 90 (5). С. 25-28.
8. Ефремов К.Л. Невротические и неврозоподобные расстройства у детей с функциональными нарушениями сердечного ритма и артериальной гипертензии

ей // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 53-55.

9. Ильина В.Н., Григорьева Е.А. Психосоматические соотношения при кардиалгиях пубертатного и климактерического периодов // Актуальные проблемы соматопсихики и психосоматики. М., 1990. С. 92-94.

10. Иовчук Н.М. Соматизированные депрессии детского возраста // Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Т.3. М., 1985, С. 52-53.

11. Исаев Д.Н. Психоэмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.

12. Крылатова Т.А. Психические нарушения у детей раннего возраста с функциональными кардиопатиями // XII Съезд психиатров России. М., 1995. С. 396-397.

13. Самибаев М.Х., Мирзабаева Р.Х., Зияева С.И., Вязикова Н.Ф., Бекмурадова А.Л. О частоте распространенности вегетососудистой дистонии среди школьников // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. Т. 2. – С. 256-257.

14. Северный А.А., Киреева И.П., Осокина Г.Г., Токарева Н.В., Шварков С.Б. Механизмы дезадаптации и лечебно-реабилитационная тактика при функциональных вегето-соматических расстройствах у подростков // Актуальные проблемы соматопсихики и психосоматики. М., 1990. С. 235-237.

15. Шварков С.Б. Особенности вегетативной дистонии у детей // Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А.М. Вейна. М.: Медицина, 1991. С. 508-548.

16. Царегородцева А.И. Ерохина Т.Ю. Гипертоническая болезнь как болезнь психосоматическая: вегетативный и эмоциональный гомеостаз, этапы становления болезни в онтогенезе. Воронеж: Изд.-полиграф. центр «Научная книга», 2014. 248 с.

REFERENCES

1. Belokon' N.A., Shkol'nikova M.A., Kireeva I.M., Belehov Ju.N. Nejrogennaja tahikardija u detej: klinika i lechenie // Nevrozy u detej i podrostkov. М., 1986. S. 18 - 20.

2. Belokon' N.A., Osokina G.G., Leont'eva I.V. Vegetativno-sosudistaja distonija u detej (Metodicheskie rekomendacii). MZ SSSR. М., 1987. 24 s.

3. Brjazgunov I.P. Mezhdz zdrav'em i bolezn'ju. Funkcional'nye zaboлевanija v detskom vozraste. М.: KRON-PRESS, 1995. 224 s.

4. Brjazgunov I.P., Chicherin L.P., Li V.M. Neobhodimost' organizacii otdelenij psihosomaticheskikh funkcional'nyh zaboлевanij u detej i podrostkov // Ohrana psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov М., 1998. S. 15-16.

5. Vejn A.M., Voznesenskaja T.G., Golubev V.L. Djukova G.M. Depressija v nevrologicheskoy praktike. М.: MIA, 2002. 160 s.

6. Gorjunova A.V., Shimonova G.N., Boravova A.I., Galkina N.S. Psihonevrologicheskie aspekty funkcional'noj paroksizmal'noj tahikardii u detej rannego vozrasta. // Aktual'nye problemy somatopsihiki i psihosomatiki. – М., 1990. – S. 69-71.

7. Dolgih V.V., Prohorova Zh.V., Fomina N.A. Rol' psihojemocional'nyh i social'nyh faktorov v razvitii jessencial'noj arterial'noj gipertonii u podrostkov // Pediatrija. 2011. № 90 (5). S. 25-28.

8. Efremov K.L. Nevroticheskie i nevrozopodobnye rasstrojstva u detej s funkcional'nymi narushenijami serdechnogo ritma i arterial'noj gipertenziej //

Nevrozy u detej i podroستkov. M., 1986. S. 53-55.

9. Il'ina V.N., Grigor'eva E.A. Psihosomaticheskie sootnoshenija pri kardialgijah pubertatnogo i klimaktericheskogo periodov // Aktual'nye problemy somatopsihiki i psihosomatiki. M., 1990. S. 92-94.

10. Iovchuk N.M. Somatizirovannye depressii detskogo vozrasta // Pjatyj Vserossijskij s#ezd nevropatologov i psihiatrov. T.3. M, 1985, S. 52-53.

11. Isaev D.N. Psihojemocional'nyj stress, psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej. SPb.: Rech', 2005. 400 s.

12. Krylatova T.A. Psihicheskie narushenija u detej rannego vozrasta s funkcional'nymi kardiopatijami // XII S#ezd psihiatrov Rossii. M., 1995. S. 396-397.

13. Samibaev M.H., Mirzabaeva R.H, Zijaeva S.I., Vjazikova N.F., Bekmuradova A.L. O chastote rasprostranennosti vegetososudistoj distonii sredi shkol'nikov // Vos'moj Vsesojuznyj s#ezd nevropatologov, psihiatrov i narkologov. – M., 1988. T. 2. – S. 256-257.

14. Severnyj A.A., Kireeva I.P., Osokina G.G., Tokareva N.V., Shvarkov S.B. Mehanizmy dezadaptacii i lechebno-reabilitacionnaja taktika pri funkcional'nyh vegeto-somaticheskikh rasstrojstvah u adolescentov // Aktual'nye problemy somatopsihiki i psihosomatiki. M., 1990. S. 235-237.

15. Shvarkov S.B. Osobennosti vegetativnoj distonii u detej // Zabolevanija vegetativnoj nervnoj sistemy / Pod red. A.M. Vejna. M.: Medicina, 1991. S. 508-548.

16. Caregorodceva A.I. Erohina T.Ju. Gipertonicheskaja bolezn' kak bolezn' psihosomaticheskaja: vegetativnyj i jemocional'nyj gomeostaz, jetapy stanovlenija boleznj v ontogeneze. Voronezh: Izd.-poligraf. centr «Nauchnaja kniga», 2014. 248 s.

17. Andreev I. Changes in blood pressure // Differential diagnosis of the most important symptoms of childhood diseases / Translation with bolg. Plovdiv, 1977. P. 510-522.

Yu.F. Antropov

AFFECTIVE DISORDERS AND CARDIOVASCULAR DISORDERS IN CHILD'S-ADOLESCENCE

Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Moscow).

Summary. The results of a study of 351 patients with psychosomatic disorders, including cardiovascular, are presented. The features of affective (depressive) manifestations determining the occurrence of autonomic dystonia with cardiovascular disorders have been established. A definite correlation of the severity and formation of cardiovascular disorders with the features of depressive manifestations was revealed. Higher efficacy of additional treatment of patients using antidepressants was noted than with symptomatic therapy. It is concluded that the main role of depressive disorders in the occurrence of cardiovascular psychosomatic disorders.

Keywords: psychosomatics, depression, cardiovascular disorders, children and adolescents.

В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов, М.В. Прошина
ВОСПРИЯТИЕ ПОДРОСТКАМИ СИСТЕМНОГО ХРОНИЧЕСКОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОВЛАДАНИЕ С НИМ

Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова (Москва).

Резюме. В статье представлены результаты исследования параметров восприятия болезни и совладающего поведения подростков с системными хроническими заболеваниями. В исследовании приняли участие 30 подростков с муковисцидозом и 34 подростка с ювенильным ревматоидным артритом. Описаны структурные особенности восприятия болезни в обеих группах, а также статистически значимые различия между ними. Показаны связи между параметрами восприятия болезни и выбором стратегий совладающего поведения в каждой группе. Полученные данные указывают на их согласованность в контексте процессов саморегуляции и адаптации личности подростка в условиях системного хронического заболевания.

Ключевые слова: восприятие болезни, подростки, системное хроническое заболевание, совладание с болезнью, копинг-поведение, внутренняя картина болезни, адаптация к болезни.

Введение. Проблема вмешательства хронического заболевания в ход психического онтогенеза является как уже классической для современной клинической психологии, так и еще требующей интегративных решений в свете новых подходов в психологии телесности [4]. Ее рассмотрение ведется в диапазоне от искажения социальной ситуации развития в отечественной клинической психологии [5] до психотравмирующего влияния и концепции стресса в зарубежных источниках [11]. При этом, безусловно, задача разработки психологических инструментов, поддерживающих процесс адаптации к болезни у детей и подростков, остается наиболее важной и востребованной в детской соматической клинике.

Большинство исследований посвященных адаптации к болезни детей и подростков, небезосновательно акцентирует внимание на типе отношения личности к имеющемуся заболеванию и на влиянии на него особенностей детско-родительских отношений [7]. Это направление исследований обозначает важный пласт в понимании и коррекции комплексного психологического конструкта – внутренней картины болезни [2]. Однако современные разработки в данной области указывают на важность описания связей внутренней картины болезни с параметрами саморегуляции личности [13]. Особенно актуальным это представляется в работе с подростками, находящимися в условиях хронического соматического заболевания, поскольку саморегуляция (в том числе и поведенческая, и эмоциональная) является одним из новообразований подросткового возраста в норме, а болезнь может исказить ее формирование или препятствовать ему [3].

Среди прочих параметров саморегуляции личности в условиях заболевания все большее количество авторов предпочитает рассматривать показатели восприятия болезни и копинг-поведения. Если первый конструкт подразумевает под собой когнитивные репрезентации (в том числе образы и понятия) заболевания и эмоционального реагирования на него, то под вторым понимаются те действия, которые принимает индивид, чтобы снизить стрессогенность внешнего объекта или ситуации и тем самым достичь объективного или мнимого гар-

моничного соотношения внутренних переживаний и среды [16].

Целью настоящего исследования являлось изучение параметров восприятия болезни и выбора копинг-стратегий у подростков с муковисцидозом (МВ) и ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА).

Задачи исследования: 1. Сравнительный анализ особенностей восприятия болезни в группах подростков с различной нозологией; 2. Описание имеющихся связей между параметрами восприятия болезни и совладающего поведения в каждой нозологической группе.

Материал и методы исследования. В группы сравнения вошли 44 подростка женского и мужского полов в возрасте от 12 до 17 лет, проходящие плановое лечение системных хронических заболеваний: МВ (30 человек) и ЮРА (34 человека). Оба заболевания являются мультисистемными, с диффузной локализацией и выраженностью симптомов, а также имеющими рецидивирующий характер течения. Однако они отличаются выраженностью витальной угрозы: если ЮРА является аутоиммунным заболеванием с выраженным болевым синдромом и ранней прогрессирующей инвалидизацией, то МВ – это генетически обусловленное полиорганное заболевание со все еще высокой вероятностью летального исхода в молодом возрасте (25-35 лет). Клинические базы исследования: Клиника детских болезней (Первого МГМУ им. И.М. Сеченова), Российская детская клиническая больница (РНИМУ им. Н.И. Пирогова). В ходе исследования применялись психодиагностические методики: 1. Краткий опросник восприятия болезни (Е. Broadbent et al., 2006; адаптация В.М. Ялтонский, А.В. Ялтонская, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, 2017). 2. Опросник «Совладающее поведение при муковисцидозе» (J. Abbot, 2001; русскоязычная версия В.М. Ялтонского, 2010). 3. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» (Л.И. Вассерман и соавт., 2009). Применялись методы статистической обработки: сравнительный анализ по критерию U Манна-Уитни, корреляционный анализ с применением критерия Спирмена.

Результаты исследования. В ходе описания параметров восприятия болезни было установлено, что в структуре восприятия подростками МВ на первый план выступают понятность имеющегося заболевания ($8,35 \pm 2,34$ балла из 10) и осознание его длительного течения ($8,35 \pm 3,17$ балла из 10). Наименее выраженным в структуре восприятия болезни подростков с МВ является озабоченность болезнью ($4,57 \pm 3,41$ балла из 10), что указывает на низкую оценку влияния имеющегося заболевания на эмоциональное реагирование. В структуре субъективного восприятия подростками ЮРА преобладают показатели также выраженного понимания имеющегося заболевания ($8,68 \pm 1,49$ балла из 10) и показатели озабоченности болезнью ($7,68 \pm 2,21$ балла из 10). Наименее выражен показатель восприятия подростками длительности течения ЮРА ($5,87 \pm 2,30$ балла из 10).

При этом сравнительный анализ параметров данного психологического конструкта в сравниваемых группах указывает на статистически значимые различия по шкалам «Течение болезни» (МВ - $8,35 \pm 3,17$; ЮРА - $5,87 \pm 2,30$; $p=0,024$), «Озабоченность болезнью» (МВ - $4,57 \pm 3,41$; ЮРА - $7,68 \pm 2,21$; $p=0,008$) и «Восприятие угрозы болезни для жизни и здоровья» (МВ - $43,78 \pm 13,52$; ЮРА - $35,93 \pm 4,31$; $p=0,049$). Более подробно результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты сравнительного исследования параметров восприятия болезни в группах подростков с различной нозологией

Параметры восприятия болезни	Муковисцидоз	Ювенильный ревматоидный артрит	Значимость различий
Тяжесть последствий болезни	4,78±2,60	6,31±2,38	-
Длительность течения болезни	8,35±3,17	5,87±2,30	p=0,024
Личный контроль болезни	7,07±2,73	6,37±2,80	-
Контроль лечения	7,57±2,34	7,26±2,40	-
Идентификация проявлений болезни	5,85±2,34	6,50±2,33	-
Озабоченность болезнью	4,57±3,41	7,68±2,21	p=0,008
Понятность течения болезни	8,35±2,34	8,68±1,49	-
Угроза болезни для жизни и благополучия	43,78±13,52	35,93±4,31	p=0,049

И для подростков с МВ и для подростков с ЮРА характерно субъективно высокое понимание механизмов течения имеющегося заболевания. Полученные результаты могут быть отчасти объяснены развитием современных информационных технологий, главными пользователями которых остаются лица молодого возраста. Наряду с консультациями врача и медицинским информированием подростки в большей степени имеют возможность получить информацию о своем заболевании в формате «здесь и сейчас» в неограниченном количестве. Также важную роль играет специфика клинического течения обоих заболеваний: в большинстве случаев их манифестация происходит в первые годы жизни и к периоду подростничества индивидуальный опыт болезни может достигать 10-15 лет. Этого времени достаточно для «привыкания» к имеющемуся заболеванию и характерным для него особенностям течения. Однако полученный долгий опыт болезни не всегда может соотноситься с объективным пониманием механизмов его протекания [6]. На это, например, указывают низкие показатели восприятия подростками длительности течения ЮРА в будущем, что зачастую не соответствует реальному положению дел.

Важными являются выявленные различия между группами сравнения. Подростки с МВ воспринимают свое заболевание более длительным, менее влияющим на их эмоции и в целом более угрожающим для жизни и благополучия, чем подростки с ЮРА. Полученные данные отражают наличие действительной витальной угрозы при МВ и его неизлечимости на сегодняшний день, что отражает описанное ранее высокое понимание подростками своего заболевания. Низкие показатели озабоченности своим заболеванием могут указывать как на адаптивную работу защитно-совладающих механизмов, так и на недооценку эмоционального реагирования, ее игнорирование, что в условиях хронич-

ческого соматического заболевания может приводить к коморбидным расстройствам аффективного спектра [1]. В поддержку второго варианта могут говорить высокие показатели восприятия выраженной угрозы болезни, которая естественным образом сочетается с эмоциональным реагированием на стресс.

Полученные данные соотносятся с результатами исследования Bradley и соавт. (2015), в рамках которого лишь у 10% обследуемых подростков были выявлены депрессивные и тревожные переживания на фоне болезни. Это объясняется авторами тем, что МВ манифестирует на ранних этапах жизни и при достижении подросткового возраста пациенты воспринимают ситуацию болезни как нормальное условие их существования [15]. Однако при взрослении пациентов с МВ прогрессируют их заболевание и инвалидизация. При этом в жизни пациента появляются трудно реализуемые для него требования социума (трудоустройство, получение образования, вступление в брак и т. п.), что провоцирует рост негативного аффективного реагирования на болезнь [1].

Восприятие болезни подростков с ЮРА отражает и наличие низкой вероятности летального исхода заболевания, и озабоченность его рецидивирующим течением. Однако достаточно высокие показатели контроля заболевания с помощью лечения и низкое восприятие длительности течения болезни могут указывать на недостаточную оценку своих ресурсов и ограничений в сложившихся обстоятельствах. Полученные нами результаты о репрезентациях болезни подростков с ЮРА подтверждают ранее полученные данные исследований, где большинство подростков воспринимает свое заболевание как хроническое и как понятное им [14].

Проведенный отдельно в каждой нозологической группе корреляционный анализ позволил описать имеющиеся связи между параметрами восприятия подростками своей болезни и их выбором стратегий совладания с ней.

Так, в группе подростков с МВ были установлены прямые корреляционные связи между копинг-стратегией «Надежда» и параметрами восприятия болезни «Идентификация проявлений болезни» ($r=0,571$; $p=0,046$) и «Угроза болезни» ($r=0,566$; $p=0,035$), а также между стратегией «Отвлечение» и параметрами «Озабоченность болезнью» ($r=0,806$; $p=0,001$) и «Угроза болезни» ($r=0,681$; $p=0,007$).

В группе подростков с ЮРА параметр восприятия болезни «Понимание болезни» имеет обратные корреляционные связи с выбором копинг-стратегий «Планирование решения проблем» ($r=-0,523$; $p=0,037$) и «Положительная переоценка проблемы» ($r=-0,508$; $p=0,045$), а параметр «Идентификация проявлений болезни» со стратегией «Бегство-избегание» ($r=-0,619$; $p=0,011$).

Полученные в ходе корреляционного анализа данные дополняют полученные ранее результаты сравнительного анализа. Постоянный поиск и обнаружение диффузных проявлений МВ, а также оценка его как выраженной угрозы для жизни и здоровья активируют копинг-стратегию оптимистической переоценки перспективы «Надежда». Низкие показатели озабоченности подростками МВ обусловлены интенсивным использованием стратегии сознательного отвлечения и дистанцирования от проблемы. Хотя в целом данные стратегии имеют и положительный результат адаптации в виде ситуативного избавления от токсичных негативных эмоций, однако их частое и систематическое использование в условиях хронической болезни не может отвечать критериям эффективного совладания [8].

Выбор стратегий решения и переоценки проблемной ситуации способствует снижению восприятия подростками последствий ЮРА как тяжелых и дли-

тельных. Это в свою очередь может обуславливать чувство самоэффективности и контроля в ситуации болезни, и данная тенденция отражается в структуре восприятия болезни в данной группе.

Восприятие подростками последствий ЮРА как тяжелых и длительных снижает частоту выбора стратегий решения и переоценки проблемной ситуации. Данный факт говорит о росте факторов деморализации и неопределенности личности в условиях болезни вследствие ее рецидивирующего и трудно контролируемого течения [9, 12]. При этом малоадаптивное в условиях болезни совладание по типу избегания снижает идентификацию болезни, подросток не стремится искать и опознавать у себя проявления ЮРА, что также может быть сопряжено с его диффузным и приступообразным течением [8]. Данная тенденция может также с большой вероятностью соотноситься с дизадаптивными¹ последствиями в виде неприверженности лечению и снижения качества жизни [10].

Также интересными для работы с данным контингентом пациентов представляются связи, установленные между полом обследуемых и изучаемыми параметрами. Так, в группе подростков с МВ женский пол связан с ростом идентификации болезни и восприятием ее угрозы; а в группе подростков с ЮРА - мужской пол связан с выбором конфронтативного копинга.

Выводы.

1. Восприятие подростками хронического системного заболевания характеризуется наличием тенденций к пониманию механизмов течения своего заболевания вследствие длительного опыта ситуации болезни и к высокой оценке контроля над болезнью за счет применяемого лечения.

2. Однако имеет место и нозоспецифичность восприятия болезни. В частности, наличие фактора витальной угрозы при МВ согласуется с наличием у подростков субъективной оценки болезни как выраженной угрозы для жизни и благополучия, формирующейся на фоне восприятия длительности течения болезни и избегания эмоционального реагирования на нее. Плохо поддающийся контролю, но не угрожающий жизни ЮРА воспринимается подростками как умеренная угроза для из жизни и благополучия, которая не будет иметь длительного течения, провоцирует выраженные негативные переживания на данном этапе.

3. Параметры восприятия болезни и выбор стратегий совладания с ней могут быть рассмотрены в качестве связанных показателей адаптации личности подростка в условиях хронического системного заболевания. Восприятие подростками МВ как выраженной угрозы возрастает при активации сфокусированных на эмоциях способов совладания, которые не способствуют преодолению

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: 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**»).

стрессора. Высокая оценка тяжести последствий ЮРА дезактивирует адаптивные в условиях болезни копинги решения и переоценки проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимов И.Н. Роль переживания гнева в эмоциональном реагировании на хроническую болезнь (на модели муковисцидоза взрослых) // Болезнь и здоровый образ жизни: Электронный сборник материалов V Московской международной научно-практической конференции. М., 2016. С. 92-95.

2. Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Щелкова О.Ю. Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2(104). С. 82-94.

3. Моросанова В.И., Бондаренко И.Н., Фомина Т.Г. Осознанная саморегуляция и личностно-мотивационные особенности младших подростков с различной динамикой психологического благополучия // Психологическая наука и образование. 2019. Т. 24. № 4. С. 5–21.

4. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 1. С. 119-126.

5. Орлова М.М. Понятие «ситуация болезни» - объективные и субъективные составляющие // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2009. Т. 9. № 1. С. 82-87.

6. Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. Субъективное восприятие болезни как угрозы и способы ее преодоления у больных муковисцидозом // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. М., 2011. С. 97-101.

7. Ялтонский В.М., Дияжева Л.В., Абросимов И.Н. Совладающее поведение подростков, больных муковисцидозом // Медицинская психология в России. 2011. № 6. URL: http://mprj.ru/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer13.php (дата обращения: 20.02.2020).

REFERENCES

1. Abrosimov I.N. Rol' perezhivaniya gneva v jemocional'nom reagirovanii na hronicheskiju bolezni' (na modeli mukoviscidoza vzroslyh) // Bolezn' i zdorovyj obraz zhizni: Jelektronnyj sbornik materialov V Moskovskoj mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii. M., 2016. S. 92-95.

2. Vasserman L.I., Chugunov D.N., Shhelkova O.Ju. Sootnoshenie sub#ektivnyh i ob#ektivnyh faktorov v processe formirovanija vnutrennej kartiny bolezni i sovladajushhego povedenija // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. 2019. T. 27. № 2(104). S. 82-94.

3. Morosanova V.I., Bondarenko I.N., Fomina T.G. Osoznannaja samoreguljacija i lichnostno-motivacionnye osobennosti mladshih podrostkov s razlichnoj dinamikoj psihologicheskogo blagopoluchija // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2019. T. 24. № 4. S. 5–21.

4. Nikolaeva V.V., Arina G.A. Kliniko-psihologicheskie problemy psihologii telesnosti // Psihologicheskij zhurnal. 2003. T. 24. № 1. S. 119-126.

5. Orlova M.M. Ponjatie «situacija bolezni» - ob#ektivnye i sub#ektivnye sostavljajushhie // Izvestija Saratovskogo universiteta. Novaja serija. Serija: Filosofija. Psihologija. Pedagogika. 2009. T. 9. № 1. S. 82-87.

6. Jaltonskij V.M., Abrosimov I.N. Sub#ektivnoe vosprijatie bolezni kak ugrozy

i sposoby ee preodolenija u bol'nyh mukoviscidozom // Klinicheskaja psihologija v zdravoochranenii i obrazovanii: sbornik materialov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. M., 2011. S. 97-101.

7. Jaltonskij V.M., Dijazheva L.V., Abrosimov I.N. Sovladajushhee povedenie podrostkov, bol'nyh mukoviscidozom // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2011. № 6. URL: http://mprj.ru/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer13.php.

8. An examination of the reciprocal relationship between avoidance coping and symptoms of anxiety and depression / Grant D. [et al.] // Journal of Social and Clinical Psychology. 2013. № 32(8), P. 878-896.

9. Demoralization in Parkinson disease / Koo B. [et al.] // Neurology. 2018. №90(18). P. 1613-1617.

10. Erlacher L., Fenzl K., Dorner T. Medication adherence and coping strategies in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study // International Journal of Rheumatology. 2019. URL: <https://www.hindawi.com/journals/ijr/2019/4709645/> (date of the application: 20.02.2020).

11. Helgeson V., Zajdel M. Adjusting to Chronic Health Conditions // Annual Review of Psychology. 2017. № 68. P. 545-571.

12. Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders / Boswell J.F. [et al.] // Journal of Clinical Psychology. 2013. № 69. P. 630-645.

13. Leventhal H., Leventhal E., Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model // Handbook of health psychology / Baum A., Revenson T., Singer J. Mahwah: Erlbaum, 2001. P. 19-47.

14. Physical activity in adolescents with juvenile idiopathic arthritis / Lielieveld O. [et al.] // Arthritis & Rheumatology. 2008. № 59(10). P. 1379-1384.

15. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in adults with cystic fibrosis based on the Phq-9 and gad-7 screening questionnaires / Bradley S. [et al.] // Psychosomatics. 2015. № 54. P. 345-353.

16. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? / S. Hill [et al.] // Rheumatology. 2007. №46. P. 904-906.

V.M. Yaltonsky, I.N. Abrosimov, M.V. Proshina
PERCEPTION BY TEENAGERS OF SYSTEMIC CHRONIC DISEASE
AND COPING WITH HIM

A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry (Moscow).

Summary. The article presents the results of a study of the parameters of the perception of the disease and coping behavior of adolescents with systemic chronic diseases. The study involved 30 adolescents with cystic fibrosis and 34 adolescents with juvenile rheumatoid arthritis. The structural features of the perception of the disease in both groups are described, as well as statistically significant differences between them. The relationships between the parameters of the perception of the disease and the choice of coping strategies in each group are shown. The data obtained indicate their consistency in the context of the processes of self-regulation and adaptation of the personality of a teenager in a systemic chronic disease.

Keywords: disease perception, adolescents, systemic chronic disease, coping with the disease, coping behavior, internal picture of the disease, adaptation to the disease.

**СЕМЕЙНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР
РАЗВИТИЯ ДОВЕРИЯ К СЕБЕ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ**

Российский государственный педагогический университет
им. А.И.Герцена (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье рассматривается специфика проявления доверия к себе у старших подростков 15-16 лет, воспитывающихся в условиях семейной депривации. В исследовании приняли участие 176 подростков (82 юноши и 94 девушки), 97 из них проживают в родительских семьях (43 юноши и 54 девушки), 79 подростков воспитывается в сиротском учреждении (39 юношей и 40 девушек). Для анализа уровня выраженности доверия к себе была применен рефлексивный опросник уровня доверия к себе Т.П.Скрипкиной, отражающий степень доверия к себе в различных значимых для подростков сферах жизни. Выявлена значимая роль состава семьи в формировании и проявлении доверия к себе в ключевых сферах жизни подростков.

Ключевые слова: депривация, подростковый возраст, доверие к себе, социальная ситуация развития.

Главными факторами развития личности, безусловно, являются особенности семейного воспитания и семейной депривации [12]. Без учета наличия или отсутствия семьи, характера воспитания и прочих социально-демографических признаков невозможно анализировать и решать множество социальных вопросов, связанных с поведением и психическим развитием подрастающего поколения. Депривация – это психическое состояние индивида, возникшее при таких жизненных обстоятельствах, где субъекту не предоставляется возможности удовлетворения его витальных потребностей в достаточной мере и в течение длительного времени [1]. В раннем и детском возрасте одной из таких потребностей выступает потребность в положительном эмоциональном контакте с матерью или значимым взрослым, любви, заботе, ласке, доверии, которые создают благоприятную атмосферу для эмоционального и интеллектуального развития ребенка. В некоторых исследованиях [2] показано, насколько значима атмосфера доверия уже в младенческом возрасте. Доверие выступает условием, без которого ребенок не будет развиваться даже при наличии благоприятных внешних факторов. Даже при обеспечении идеального санитарно-гигиенического ухода и предоставлении качественных бытовых условий, но при этом в условиях лишения эмоционально-положительных связей с ухаживающим за ними взрослым, дети будут отставать в психологическом, душевном, физическом развитии, что может закончиться летальным исходом. В исследованиях Дж. Боулби подчеркивается, что ситуация психической депривации, в частности депривации доверия, ведет к целому ряду зачастую необратимых нарушений психического здоровья. Ключевым периодом, влияющим на искажение в личностном развитии он видит возраст до 5 лет при условии длительного разрыва с матерью (от полугода) [3].

Нарушение доверия и эмоциональной связи с родителями, в особенности с матерью, негативно сказывается на развитии интеллектуальных способностей.

Дети, испытывающие последствия материнской депривации, имеют низкий уровень эмоционального интеллекта, они противоречивы, испытывают чувство вины за то, что родители его не любят. Позже у ребенка утрачивается самоуважение, наблюдаются нарушение идентификации собственных потребностей, трудности в определении границ своей личности, эмоциональная зависимость, боязнь быть покинутым. Подростки, страдающие от семейной депривации, проявляют грубость, эмоциональную холодность, равнодушие, черствость в отношении близких людей, они вялы, апатичны, безразличны, агрессивны и зачастую проявляют асоциальное поведение [1].

Доверие начинает формироваться в раннем детстве и представляет собой базовое доверие личности, формирующееся на основе привязанности к матери или значимому взрослому, на базе которого позже выстраивается доверие к себе и к другим людям. Доверие является фундаментом позитивного самоотношения ребенка, его уверенности к себе, инициативности, любознательности и т. д. [7, 8, 9]. Базовое доверие к миру, невозможное в условиях материнской депривации, влияет на способность дружить и любить, устанавливать глубокие взаимоотношения с другими людьми [5]. В современной отечественной психологии понятие доверия в большей степени раскрыто в трудах Т.П. Скрипкиной. Автор выделяет 3 компонента в структуре доверия: доверие к миру, доверие к себе и доверие к другим людям. Эти компоненты доверия не функционируют отдельно друг от друга, и нарушение развития одного из них ведет к дисгармоничному развитию личности. По определению Т.П. Скрипкиной доверие является самостоятельным социально-психологическим явлением, выполняющим базовые функции в жизни личности и выступающее неотъемлемым условием целостного взаимодействия [4, 6, 10]. Доверие к себе проявляется в качестве отношения к собственной субъектности. Результаты проведенных ранее исследований обнаруживают, что возраст между 10 и 12 годами является чрезвычайно значимым в становлении доверия к себе и отделении его от межличностного доверия. В ходе интеллектуального и личностного развития происходит «поворот» на себя. Доверие к себе является чрезвычайно важным источником рефлексии, которая приводит к осознанию несоответствия между желанным, требуемым и возможным [11]. То, как ребенок решает такие внутриличностные противоречия, отражает уровень выраженности доверия к себе. Доверие к себе является ключевым условием полноценного контроля над собой, оно включено в структуру способности предвосхищать результаты своей деятельности и поступков, определяет уровень адекватности поведения.

Актуальность и значимость нашего исследования объясняется тем, что феномен доверия к себе недостаточно полно представлен в современной литературе, исследования в основном проведены на взрослых выборках, также недостаточно изучены связи доверия к себе с социально-семейной ситуацией развития подростков.

Цель исследования: изучить уровень проявления доверия к себе у старших подростков, испытывающих последствия семейной депривации, а также установить связь доверия к себе у подростков с составом семьи.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 176 подростков в

возрасте 15-16 лет (82 юноши и 94 девушки), 97 из них проживают в родительских семьях (43 юноши и 54 девушки), 79 подростков воспитываются в сиротском учреждении (39 юношей и 40 девушек). Для анализа уровня выраженности доверия к себе был применен рефлексивный опросник уровня доверия к себе Т.П.Скрипкиной [11], отражающий степень доверия к себе в различных значимых для подростков сферах жизни (в учебной и интеллектуальной деятельности, в бытовых навыках, в отношениях с друзьями, родителями, в семье, с младшими школьниками, учителями, маленькими детьми, представителями противоположного пола, в умении провести досуг), и авторская анкета, содержащая социально-демографические характеристики (наличие и состав семьи, возраст, наличие сиблингов). Подростки из детского дома так же, как и подростки из семей, отмечали уровень доверия к себе в отношениях с родителями, так как большинство детей-сирот с ними знакомы. Под составом семьи в данном случае понимается отсутствие родителей, один или два родителя.

Результаты исследования и обсуждение. Изучение уровня проявления доверия к себе показало, что у подростков, воспитывающихся в семье, в большей степени выражено доверие к себе в умении интересно провести досуг (4,38), в учебной (4,25) и интеллектуальной деятельности (4,34), в отношениях с родителями (4,24) и учителями (4,21). Наименьшие показатели получены по показателям доверия к себе во взаимоотношениях с представителями противоположного пола (3,73) и младшими школьниками (3,86). Воспитанники детского дома проявляют доверие к себе в отношениях с друзьями (4,34) и маленькими детьми (4,15), меньше всего они доверяют себе в умении проводить досуг (3,53), выстраивать отношения с учителями (3,64) и родителями (3,26), в учебной (3,43) и интеллектуальной деятельности (3,42). Обнаружены достоверные различия между группами, разделенными по семейной ситуации развития, в уровне доверия к себе в учебной и интеллектуальной деятельности, в умении провести досуг, в отношениях с родителями (при $p < 0,001$) и учителями (при $p < 0,05$) (табл.1).

Таблица 1

Выраженность параметров доверия к себе и достоверные различия в группах, разделенных по семейной ситуации развития

Параметр доверия к себе	Фактор семьи	М	σ	p
в интеллектуальной деятельности	Семья	4,34	0,851	0,001
	Детский дом	3,42	1,18	
в учебной деятельности	Семья	4,25	0,688	0,001
	Детский дом	3,43	1,19	
в отношениях с родителями	Семья	4,24	0,657	0,000
	Детский дом	3,26	1,052	
в отношениях с учителями	Семья	4,21	1,025	0,003
	Детский дом	3,64	0,931	
в умении провести досуг	Семья	4,38	0,988	0,001
	Детский дом	3,53	1,426	

Так, у семейных подростков низкий показатель доверия к себе в отношениях с представителями противоположного пола отражает закономерные труд-

ности, обоснованные задачами возраста и новой социальной ситуацией развития, то есть можно сказать, что результаты отражают «здоровую» картину развития подростка. В группе подростков-сирот картина несколько искаженная, и на первый план выходит решение не актуальных задач возраста, а тех, которые не были решены ранее. Также мы можем предположить, что доверие к себе в отношениях с родителями, знания и опыт поведения в различных социальных ситуациях, идущие из семьи, а также поддержка со стороны семьи, в свою очередь, сопряжены с доверием к себе в отношениях с учителями, которые в подростковом возрасте также становятся значимыми взрослыми, способными объективно оценивать способности, достоинства и недостатки подростков. У подростков-сирот за неимением семьи появляются сложности в моделях взаимоотношений с учителем, что также может влиять на доверие к себе в деятельности, сопряженной с учебой. Также стоит отметить, что у подростков из семей образован более широкий круг интересов, у них не возникает проблем с тем, как бы они могли провести свободное время.

Изучение взаимосвязей доверия к себе и социально-демографических характеристик проводилось на всей выборке и при помощи корреляционного анализа. Корреляционная плеяда состоит из 14 связей (13 положительных и 1 отрицательной), большую часть которых образовал фактор состава семьи (7 связей). Так, с увеличением состава семьи обнаруживается более высокий уровень доверия к себе в учебной и интеллектуальной деятельности, в отношениях с младшими школьниками, родителями, учителями, друзьями (6 связей при $p < 0,001$) и в семье (при $p < 0,05$). Фактор возраста также обнаружил 4 прямые связи с доверием к себе в интеллектуальной деятельности и в досуге при $p < 0,001$ и в учебной деятельности и в отношениях с родителями при $p < 0,05$. Таким образом, можно говорить о том, что с возрастом подростки больше доверяют себе в учебной и интеллектуальной деятельности, в умении общаться с родителями и разнообразно проводить досуг. Наличие сиблингов обнаружило 3 положительные связи и одну отрицательную. Так, с увеличением количества сиблингов возрастает доверие к себе в умении общаться с маленькими детьми (при $p < 0,001$), представителями противоположного пола и учителями (при $p < 0,05$), однако доверие к себе в отношениях в семье снижается (при $p < 0,05$) (рис.1).

Согласно корреляционному анализу, социально-демографические характеристики взаимосвязаны с параметрами доверия к себе во всех сферах жизни подростка, следовательно, важность семьи в данном вопросе становится очевидной. Состав семьи обнаружил тесные положительные взаимосвязи с доверием к себе в тех областях, которые являются наиболее значимыми в подростковом возрасте и отражают новую социальную ситуацию развития данного периода: построение интимно-личностных отношений с друзьями, трансформацию отношений с родителями и младшими по возрасту, а также самоутверждение подростков в учебном и интеллектуальном плане.

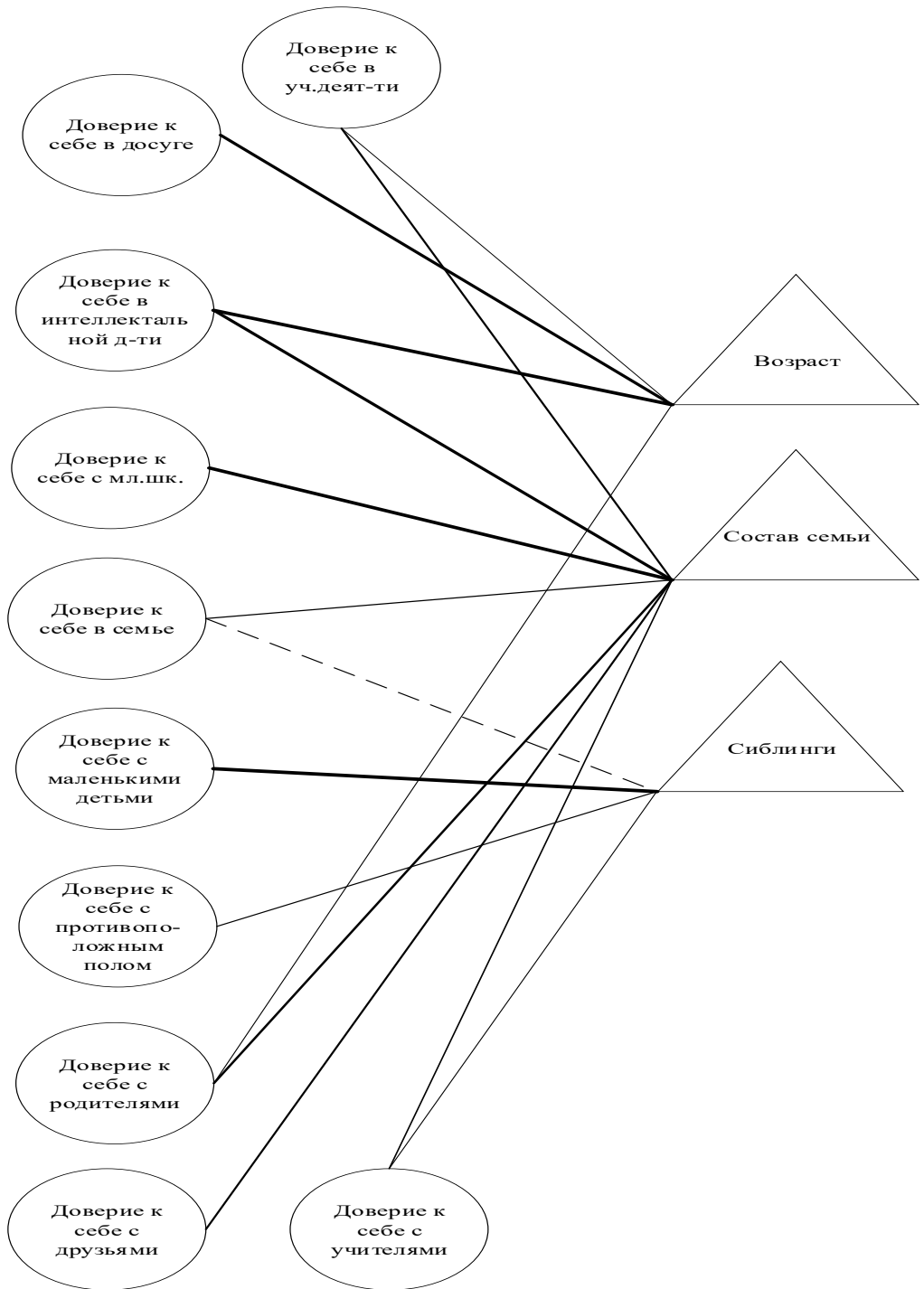


Рисунок 1. Межфункциональные связи доверия к себе с социально-демографическими характеристиками

Выводы. Исследование позволило сделать выводы о том, что зона развития доверия к себе в подростковом возрасте лежит в тех областях психического развития, которые отражают содержание возрастных задач - переход к интимно-личностному общению, интерес к взаимодействию с представителями противоположного пола, а также в тех областях жизни, которые подвержены наибольшим изменениям: перестройка взаимоотношений с учителями и трансформация детских представлений и взаимоотношений с более младшими. У подростков, испытывающих семейную депривацию и переживших травму расставания с родителями, показатели доверия к себе ниже, чем у подростков из семей. Они не доверяют себе в том, что умеют правильно выстраивать взаимоотношения с родителями и учителями, не верят в свои интеллектуальные и учебные способности, затрудняются в организации свободного времени, что скорее всего отражает недостаточность мотивационной сферы и развития интересов.

Изучение взаимосвязей доверия к себе в связи с социально-демографическими характеристиками подростков показало важность для формирования доверия к себе фактора состава семьи, что еще раз подтверждает значимость родительской семьи, ее полноценности для личностного, эмоционального, интеллектуального и социального развития в подростковом-возрасте и предупреждения асоциального поведения. Результаты проведенного исследования могут быть использованы для построения психокоррекционных программ по развитию эмоционального интеллекта, мотивационной сферы и социальных навыков у детей, испытывающих семейную депривацию, а также для построения обучающих программ для педагогов, воспитателей, психологов и лиц, непосредственно работающих с детьми-сиротами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антилогова Л.Н., Федорова Н.В. Депривация в семье как фактор делинквентного поведения подростков // Омский научный вестник. 2006. № 3 (36). С. 259-262.
2. Больнов О.Ф. Новая укрытость. Проблема преодоления экзистенциализма. Введение // Философскаямысль. 2001. № 2. С.137-145.
3. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики. 2003. 477 с.
4. Доверие в социально-психологическом взаимодействии / Под ред. Т.П. Скрипкиной. Ростов-н/Д: Южный федеральный университет. 2006. 326 с.
5. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер. 2011. 461 с.
6. Купрейченко А.Б. Психология доверия и недоверия. М.: Институт психологии РАН. 2008. 571 с.
7. Ледлофф Ж. Как вырастить ребенка счастливым. Принцип преемственности. М.: Генезис. 2003. 207 с.
8. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер. 2011. 353 с.
9. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. СПб.: Питер. 2010. 368 с.
10. Скрипкина Т.П. Доверие как фактор социального развития и становления субъектности в детском возрасте // Человек. Сообщество. Управление. М.: 2008. № 4. С. 64-73.
11. Скрипкина Т.П. Психология доверия: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М.: Академия. 2000. 264 с.

12. Уманская Е.Г. Развитие личности в условиях депривации. М.: Прометей. 2013. 160 с.

REFERENCES

1. Antilogova L.N., Fedorova N.V. Deprivacija v sem'e kak faktor delinkventnogo povedenija podrostkov // Omskij nauchnyj vestnik. 2006. № 3 (36). S. 259-262.
2. Bol'nov O.F. Novaja ukrytost'. Problema preodolenija jekzistencializma. Vvedenie // Filosofskajamysl'. 2001. № 2. C.137-145.
3. Boulbi Dzh. Privjazannost'. M.: Gardariki. 2003. 477 s.
4. Doverie v social'no-psihologicheskom vzaimodejstvii / Pod red. T.P. Skripkinoy. Rostov-n/D: Juzhnyj federal'nyj universitet. 2006. 326 s.
5. Izard K.Je. Psihologija jemocij. SPb.: Piter. 2011. 461 s.
6. Kuprejchenko A.B. Psihologija doverija i nedoverija. M.: Institut psihologii RAN. 2008. 571 s.
7. LedloffZh. Kak vyrastit' rebenka schastlivym. Princip preemstvennosti. M.: Genezis. 2003. 207 s.
8. Maslou A. Motivacija i lichnost'. SPb.: Piter. 2011. 353 s.
9. Osorina M.V. Sekretnyj mir detej v prostranstve mira vzroslyh. SPb.: Piter. 2010. 368 s.
10. Skripkina T.P. Doverie kak faktor social'nogo razvitija i stanovlenija sub#ektnosti v detskom vozraste // Chelovek. Soobshhestvo. Upravlenie. M.: 2008. № 4. S. 64-73.
11. Skripkina T.P. Psihologija doverija: Uchebnoe posobie dlja stud. vyssh. ped. ucheb. zavedenij. M.: Akademija. 2000. 264 s.
12. Uman'skaja E.G. Razvitie lichnosti v uslovijah deprivacii. M.: Prometej. 2013. 160 s.

Yu.Yu. Danilova

FAMILY DEPRIVATION AS A SIGNIFICANT FACTOR IN DEVELOPMENT OF SELF-TRUST IN ELDER ADOLESCENTS The Herzen State Pedagogical University of Russia (Saint-Petersburg).

Summary. The article deals with the specifics of self-trust in elder adolescents, who are brought up in conditions of family deprivation. The research involved 176 adolescents (82 boys and 94 girls), 97 of them live in parental families (43 boys and 54 girls), 79 teenagers are brought up in an orphanage (39 boys and 40 girls). A reflexive questionnaire of the level of self-trust by T. p. Skripkina was used to analyze the level of self-trust. It reflects the degree of self-trust in various areas of life that are important for adolescents. The significant role of family composition in the formation and manifestation of self-trust in key areas of adolescent life is revealed.

Keywords: deprivation, adolescence, self-trust, social situation of development.

ЦЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЯ В СТРУКТУРЕ СОЗНАНИЯ САМОАКТУАЛИЗИРУЮЩЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

ФГБОУВО «Алтайский государственный педагогический университет» (Барнаул).

Резюме. Статья посвящена изучению ценностного отношения к здоровью с позиции представленности ценности здоровья в сознании личности на трех уровнях – значения, личностного смысла, чувственной ткани. Дано описание особенностям ценностного отношения к здоровью личности с различным уровнем самоактуализации. Показано, что представленность ценности здоровья в структуре сознания отличается в зависимости от уровня самоактуализации. Для личности с высоким и средним уровнем самоактуализации характерна гармоничная представленность ценности здоровья на всех уровнях сознания – значения, личностного смысла и чувственной ткани.

Ключевые слова: здоровье, ценностное отношение к здоровью, структура ценностного отношения к здоровью, структура сознания, значение, смысл, чувственная ткань, самоактуализация личности.

Введение. По определению, данному Всемирной организацией здравоохранения, «Здоровье человека есть состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов» [13]. Проблема здоровья человека по своей практической значимости и актуальности считается одной из сложнейших. Однако при всей важности вопроса дать исчерпывающее определение этому понятию не так-то просто. Если еще двадцать лет назад определений понятия «здоровье» было значительно меньше, чем определений болезни, то сегодняшние исследования проблемы здоровья более детальные и обширные [15]. Так, в Большой Медицинской Энциклопедии главным критерием здоровья является отсутствие болезней: «Здоровье – это состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения» [2]. В данном определении также выражен медицинский подход к проблеме здоровья, так как главным критерием является отсутствие болезней.

Если же рассматривать здоровье в ракурсе психологического анализа, на наш взгляд, необходимо определить, к каким психическим явлениям относится понятие «здоровье». Так, «Толковый словарь психологических и психоаналитических терминов» определяет здоровье как относительно устойчивое состояние, в котором личность хорошо адаптирована, сохраняет интерес к жизни и достигает самореализации [6]. Схожей точки зрения придерживаются представители гуманистической психологии, по мнению которых здоровье – это качество, характеризующее человеческое бытие в целом. В отечественной психологии здоровье рассматривают «как системное свойство личности, которое характеризует личность во всей полноте ее проявлений; в этом феномене отражаются сущность и цель основных биологических, социокультурных и интрапсихических

процессов, интегрирующих личность» [6].

Наиболее употребляемым в психологии является термин «психологическое здоровье». Его появление связано с развитием гуманитарной методологии познания человека. Он назывался в числе базовых понятий новой ветви психологического исследования – гуманистической психологии, альтернативной перенесенному из естественных наук механистическому подходу к человеку. При рассмотрении данного понятия необходимо соотнести его со смежными понятиями: «здоровье», «психическое здоровье». Основываясь на приведенных выше определениях, здоровье можно понимать как динамическое равновесие человека с окружающей природой и социальной средой, которые позволяют человеку полноценно выполнять социальные функции.

Что же в таком случае понимать под психологическим здоровьем и чем оно отличается от психического здоровья? И.В. Дубровина указывает на принципиальное различие данных понятий: психическое здоровье, по сути, имеет отношение к отдельным психическим процессам, а психологическое здоровье характеризует личность в целом [10]. В.И. Слободчиков и А.В. Шувалов отмечают, что основу психологического здоровья человека составляет нормальное развитие субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни [12].

Возросшие возможности в оказании медицинской помощи населению несомненно приводят к улучшению качества жизни человека. Однако, развитие медицины приводит к улучшению состояния здоровья не всегда и не у всех. Очевидно, что не только медицина способна привести к улучшению состояний здоровья каждого человека. И здесь, на наш взгляд, уместно говорить об отношении к своему здоровью как к ценности. Высокая ценность здоровья для каждого отдельного человека, и усилия, которые индивид готов приложить для сохранения и приумножения своего здоровья, не представляющего на данном этапе проблем, не всегда тождественны. Так, какова должна быть ценность здоровья для человека, еще не потерявшего его, чтобы он стремился к сохранению и укреплению своего здоровья? Внимание психолога-исследователя должно быть направлено именно на изучение здоровья как ценности, его места в иерархии жизненных ценностей, в рассмотрении ценностного отношения к здоровью как предпосылки самоактуализации.

В рамках развиваемого нами подхода личностные ценности выступают внутренними, принятыми человеком критериями чего-то субъективно важного для него, что, в свою очередь, позволяет разделить такие понятия, например, как добро и зло, польза и вред и т. д. [8]. Согласно общепсихологической концепции ценностей, они существуют как объективно в обществе, какой-либо социальной группе, выражают основную идею культуры того или иного общества, так и субъективно – в виде интериоризированных и принятых отдельным человеком на уровне сознания [8].

Предметом психологического исследования выступают как абсолютные, так и относительные ценности. Однако стоит отметить, что при изучении абсолютных ценностей внимание может быть сконцентрировано только на выявлении тех субъективных смыслов, которые вкладываются в ценность здоровья человеком, поскольку они не могут быть в списке ранжируемых категорий, пото-

му что любой психически нормальный человек всегда поставит такую ценность на первое место [8]. Если речь идет об относительных ценностях, то здесь важным является представление о том, что ценности всех людей различаются друг от друга, и внимание исследователей направлено на изучение иерархии ценностей, а также их семантической наполненности.

Проблеме ценностного отношения к здоровью посвящены исследования Б.С. Братуся[3], Г.С. Никифорова [11], Т.В. Белинской [1], Е.Н. Сухомлиной [14] и др. Однако все имеющиеся исследования сконцентрированы на проблеме ценностного отношения к здоровью как аттитюда (установки) и рассматриваются с позиции трехкомпонентной структуры ценностного отношения к здоровью, предложенной Г.С. Никифоровым, включающей в себя когнитивный, поведенческий и эмоциональный компоненты [11].

Исследований же, посвященных изучению ценностного отношения к здоровью с точки зрения представленности ценности здоровья в сознании на трех уровнях – значения, личностного смысла, чувственной ткани, в психологической науке не проводилось. Тогда как изучение субъективного смысла личностных ценностей и должно являться, на наш взгляд, задачей психологического исследования. Психология, не исследующая ценности с субъективной стороны, психология, не рассматривающая ценности на уровне личностного смысла и чувственной ткани (эмоциональной наполненности), обедняет данную исследовательскую область, так как имеющиеся исследования ценностей в психологии в большей степени носят социологический характер, поскольку направлены на изучение ценностных ориентаций, а не самих личностных ценностей. В связи с этим, **проблема исследования** состоит в исследовании ценности здоровья в структуре сознания личности.

Научной новизной данного исследования явилось исследование особенностей ценностного отношения к здоровью личности с позиции представленности ценности здоровья в сознании личности не только на уровне объективной значимости здоровья, но и на уровне личностного смысла, то есть того смысла, который вкладывается личностью в ценность здоровья, а также на уровне чувственной ткани, что проявляется в виде действий, направленных на сохранение собственного здоровья. Кроме того, и это является определяющим в нашем подходе к проблеме ценностного отношения к здоровью, оно должно выступать внутренним регулятором поведения личности с целью сохранения здоровья, исходя из своей личностной значимости. В этой связи хотелось бы обратиться к культурно-исторической теории Л.С. Выготского, имеющей непосредственное отношение к теме нашего исследования, в соответствии с которой социальная среда выступает не как фактор, а как «источник развития личности». В развитии личности, замечает он, «существует две переплетенных линии. Первая следует путем естественного созревания, вторая состоит в овладении культурой, способами поведения и мышления». Как пишет Л.С. Выготский, «каждая психическая функция появляется на сцене дважды – сначала как коллективная, социальная деятельность, а затем как внутренний способ мышления личности» [4].

Прежде чем приступить к рассмотрению ценностного отношения к здоровью с позиции представленности ценности здоровья в структуре сознания лич-

ности, считаем целесообразным рассмотреть теорию А.Н. Леонтьева, в соответствии с которой структура сознания включает в себя значения, личностные смыслы и чувственную ткань сознания [9]. Чувственный состав образов реальности создается благодаря чувственной ткани сознания путем той информации, которая ранее воспринята человеком и всплывает в памяти как ассоциация с отображаемым образом будущего. Образы отличаются характер их наполненности, устойчивости, их чувствительность и четкость. Благодаря чувственной ткани реальной картине мира субъекта придается реальность, то есть мир становится для субъекта как объективно существующий благодаря чувственной наполненности сознания. Чувственная ткань далеко не решающий «пласт» сознания, но все-таки является его необходимой составляющей, поскольку, если человека лишить этих чувственных компонентов, то сознание вообще невозможно в силу того, что чувственный состав сознания выполняет функцию отображения реальной картины мира, которую ничем нельзя заменить. Обогащая чувственную ткань, индивид во всей полноте способен к восприятию окружающей действительности. Обогащаясь, чувственная ткань приобретает означенность. Именно поэтому значения являются вторым важнейшим «пластом» человеческого сознания.

Говоря о значениях, нужно отметить, что значения как таковые не создаются отдельным человеком. Постигая мир значений, человек познает этот опыт, приобщается к нему и может внести в него свой вклад. Значения, писал А.Н. Леонтьев, «преломляют мир в сознании человека» [9]. Значение может быть объективно существующим и осознаваемым человеком, а может иметь субъективное значение для конкретного индивида, то есть иметь личностный смысл для него. То есть личностный смысл придает как раз субъективность значениям и создает пристрастность сознания человека. Сознание человека представляет собой не сумму отдельных элементов, находящихся в сознании, а внутреннее движение образов и процессов сознания, включенное в общий поток деятельности человека в его реальной жизни.

В свете представлений А.Н. Леонтьева о структуре сознания можно отметить, что, преломляясь в сознании человека, значение ценности здоровья приобретает особый смысл для личности. Согласно А.Н. Леонтьеву, **«личностный смысл** отражает субъективную значимость тех или иных событий, явлений действительности к интересам, потребностям, мотивам человека. Он создает пристрастность человеческого сознания» [9].

В контексте нашего исследования личностный смысл – субъективное значение здоровья, которое оно приобретает для отдельного человека. Личностный смысл создает пристрастность человеческого сознания, что в конечном счете приводит к формированию собственно ценностного отношения к своему здоровью.

Исследования, проводимые современными психологами, позволяют сказать, что отношение к здоровью как ценности в сознании человека имеет возрастную динамику [7]. Вначале субъект относится к нему как естественному состоянию, поскольку объективно не сталкивался с проблемами со здоровьем. На данной ступени развития здоровье может занимать одно из первых мест в ценностной иерархии личности, но не имеет для индивида субъективного смыс-

ла. На второй стадии, когда человек испытал первые проблемы со здоровьем либо в силу традиций общества ориентир его поведения развернулся в сторону здорового образа жизни, ценность здоровья уверенно входит в число приоритетных. Субъект начинает рассматривать здоровье как важный ресурс для реализации остальных сфер жизни. На третьей стадии возрастного развития здоровье в иерархии жизненных ценностей становится самой важной ценностью, по сути, как и сама жизнь, только чаще всего в этот период состояние здоровья уже настолько неудовлетворительное, что все действия человека направлены лишь на поддержание необходимого уровня существования.

В связи с вышесказанным возникают вопросы, требующие детального исследования: каким должно быть отношение к здоровью; какова структура ценностного отношения к здоровью; в какой связи находятся отношение к здоровью и самоактуализация личности. В психологических исследованиях взаимосвязь ценности здоровья и самоактуализации личности до сих пор считается малоизученной. Неоспоримым является то, что здоровье является объективно ценным для каждого, однако какой личностный смысл вкладывается в эту ценность, а также каким образом ценность здоровья проецируется в окружающий мир, очевидно, различаются у всех, у самоактуализирующейся личности эти различия так же очевидны.

Ранее нами проводилось исследование взаимосвязи ценностного отношения к здоровью (с позиции трехкомпонентной структуры) и самоактуализации личности, в результате которого было сформулировано понятие ценностного отношения к здоровью как ценности, присущей каждому человеку; необходимой предпосылки для успешной самоактуализации в различных сферах деятельности; удовлетворенности собственным состоянием и успешностью самоактуализации[16].

На данном этапе нашего исследования перед нами стоит цель – исследование ценностного отношения к здоровью с позиции представленности ценности здоровья в сознании личности на уровне объективного значения, субъективного смысла и чувственной ткани, а также исследование взаимосвязи ценностного отношения к здоровью и самоактуализации личности.

Предмет данного исследования– взаимосвязь самоактуализации и ценностного отношения к здоровью личности.

Гипотеза исследования заключается в том, что гармоничная представленность ценности здоровья в сознании личности на уровне объективных значений, субъективных смыслов и чувственных образов способствует самоактуализации личности.

Методологической основой исследования выступили: теория личностных ценностей Д.В. Каширского [11], теория деятельности А.Н. Леонтьева [15], культурно-историческая теория Л.С. Выготского [4].

Методы и процедуры. Экспериментальное исследование выполнено на базе КГБОУ «Алтайский краевой педагогический лицей-интернат». Выборку составили учащиеся 10 класса правоохранительной направленности в возрасте 15-17 лет (средний возраст 16 лет) в количестве 112 человек.

Методика диагностики системы ценностей KVS-3 [8]; самоактуализаци-

онный тест - САТ [5]; анкеты «Ваш образ жизни» (коэффициент Кронбаха $\alpha=0,847$), «Субъективная оценка здоровья» ($\alpha=0,834$), «Знания о способах сохранения и укрепления здоровья» ($\alpha=0,851$). Для исследования представленности ценности здоровья в сознании личности на уровнях значения, смысла и чувственной ткани была использована методика «Ценность здоровья в психологической структуре сознания», которая включает 2 блока – «Здоровье-Болеть» и «Незаконченные предложения» [16]. При анализе данных, полученных с помощью этой методики, мы учитывали на каком из трех уровней сознания присутствует ценность здоровья. Предполагается, что по каждому утверждению возможна представленность ценности здоровья как на одном из уровней сознания, так и на нескольких, либо всех.

В качестве метода математико-статистического анализа результатов исследования использован χ^2 -критерия Пирсона, корреляционный анализ Спирмена. Далее результаты были подвергнуты качественной обработке.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенной диагностики получены следующие результаты.

В диапазоне самоактуализации находится 64,2% респондентов, 21,5% имеют высокую степень самоактуализации, 14,3% – низкую степень. Среди респондентов с высокой степенью самоактуализации в 83,3% случаев ценность здоровья представлена на уровне значения, на уровне личностного смысла – 75,0 %, на уровне чувственной ткани – 75,0 % (табл. 1). Среди учащихся с высокой степенью самоактуализации отмечается, что ценность здоровья в сознании личности представлена гармонично на всех трех уровнях сознания, то есть ценность здоровья для таких респондентов объективно значима, имеет субъективный смысл и отражается в окружающей действительности в виде активности, направленной на сохранение здоровья.

Среди респондентов со средней степенью самоактуализации в 77,7% случаев ценность здоровья представлена на уровне значения, на уровне личностного смысла – 72,2%, на уровне чувственной ткани – 55,5% (табл. 1). Для таких респондентов чуть в меньшей степени характерна гармоничная представленность ценности здоровья на всех уровнях сознания. В целом они придают важное значение ценности здоровья, она для них наполнена личностным смыслом и они готовы прикладывать усилия для сохранения и укрепления здоровья.

Среди респондентов с низкой степенью самоактуализации в 75,0% случаев ценность здоровья представлена на уровне значения, на уровне личностного смысла – 37,5 %, на уровне чувственной ткани – 25,0 % (табл. 1). Это свидетельствует о том, что ценность здоровья для людей с низкой степенью самоактуализации в основном представлена на уровне значения, принятых норм в обществе. Для них в большей степени характерно перекладывание ответственности за свое здоровье на внешние обстоятельства. То есть ценность здоровья воспринимается такой личностью как значимая, так как это транслируется окружающими, однако смысл, который индивид вкладывает в ценность здоровья, очень слабо проявлен. На уровне чувств ценность здоровья у учащихся с низкой степенью самоактуализации не воспринимается.

Таблица 1.

Представленность ценности здоровья в сознании личности в зависимости от степени самоактуализации личности

Уровни сознания	Степени самоактуализации (в %)		
	Низкая	Средняя	Высокая
Значение	75,0	77,7	83,3
Субъективный смысл	37,5	72,2	75,0
Чувственная ткань	25,0	55,5	75,0

Сравнение всех стимульных слов, связанных с ценностью здоровья по представленности на уровне сознания, выполнено с помощью критерия Пирсона, который показал статистически значимые различия в выборках учащихся с различной степенью самоактуализации по представленности ценности здоровья на уровне сознания – значения, личностного смысла, чувственной ткани. Для личности с высокой и средней степенью самоактуализации ценность здоровья в сознании учащихся проявляется гармонично, т. е. без выраженности того или иного ценностного слоя (значения, смысла, чувственной ткани) ($p > 0,05$), тогда как в группе респондентов с низкой степенью самоактуализации преобладает уровень значения ($p \leq 10^{-5}$) при низкой выраженности личностного смысла и чувственной ткани.

Проведенный анализ позволяет утверждать, что высокую и среднюю степень самоактуализации преимущественно имеют респонденты, у которых отмечена гармоничная представленность ценности здоровья на всех уровнях сознания.

Выявлена положительная корреляционная зависимость между ценностным отношением к здоровью и интегральным показателем самоактуализации ($r_s = 0.727$; $p \leq 0,001$), а также базовыми шкалами самоактуализационного теста – шкале поддержки ($r_s = 0.488$; $p \leq 0,001$) и компетентности во времени ($r_s = 0.56$; $p \leq 0,001$), что говорит о независимости действий у учащихся, стремлении к руководству в жизни своими целями и установками, они имеют внутренний локус контроля, при этом спокойно воспринимают наличие отличного от их мнения у окружающих. Для такой личности характерно стремление ценить настоящий момент времени, проживать его максимально полно и интересно, при этом личность воспринимает свою жизнь целостной, ценит опыт прошлого и с оптимизмом воспринимает будущее. Такое мироощущение, психологическое восприятие времени характеризует личность как самоактуализирующуюся. Также выявлена положительная корреляционная зависимость представленности ценности здоровья с такими шкалами САТ как: ценностных ориентаций ($r = 0,614$; $p \leq 0,01$), гибкости поведения ($r = 0,505$; $p \leq 0,001$), спонтанности ($r = 0,483$; $p \leq 0,01$), взгляда на природу человека ($r = 0,395$; $p \leq 0,001$), самопринятия ($r = 0,584$; $p \leq 0,01$), контактности ($r = 0,534$; $p \leq 0,001$), познавательных потребностей ($r = 0,395$; $p \leq 0,005$). То есть респонденты данной группы четко понимают природу своих потребностей, способны к максимальной рефлексии своих ощущений и чувств. Им присущи ценности, характер-

ные для человека, стремящегося к самоактуализации, а также стремление к постоянному приобретению знаний об окружающем мире.

Заключение и выводы. Таким образом, эмпирическое исследование ценностного отношения к здоровью с позиции представленности ценности здоровья на трех уровнях сознания позволило изучить не только «внешнюю» сторону ценности здоровья – ее объективную значимость, но и эмоциональную наполненность ценности здоровья, то есть тот личностный смысл, который человек вкладывает в ценность здоровья, а также чувственную ткань (чувственные представления личности, связанные с привычками к активному образу жизни, направленными на сохранение и укрепление здоровья). Кроме того, проведенное исследование показало взаимосвязь ценностного отношения к здоровью и самоактуализации личности, что позволило сформулировать следующие **выводы:**

1. Ценностное отношение к здоровью с позиции представленности ценности здоровья в сознании личности на трех уровнях – значении, личностном смысле и чувственной ткани отличается в зависимости от степени самоактуализации личности.

2. Для личности с высокой и средней степенью самоактуализации характерна гармоничная представленность ценности здоровья на всех уровнях сознания – значения, личностного смысла и чувственной ткани. Достоверно показано, что ценность здоровья у таких учащихся входит в основу убеждений личности и находит выход в поведении и предметной деятельности, осуществляя ее регуляцию, что проявляется в высокой активности, направленной на сохранении собственного здоровья.

3. У личности с низкой степенью самоактуализации ценность здоровья в большей степени представлена на уровне значения, принятых норм в обществе. Для таких испытуемых в большей мере типично перекладывание ответственности за свое здоровье на внешние обстоятельства. То есть ценность здоровья воспринимается ими как значимая, так как это транслируется окружающим их обществом, однако смысл, который они вкладывают в это понятие, очень слабо проявлен, на уровне чувств ценность здоровья у учащихся с низким уровнем самоактуализации не воспринимается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белинская Т.В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза: автореферат ... канд псих. наук: 19.00.07. Калуга, 2005. 23 с.
2. Большая медицинская энциклопедия. М.: «Советская энциклопедия», 1978. Т.8. С.356.
3. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
4. Выготский Л.С. Педагогическая психология / Под ред. В.В. Давыдова. М.: Педагогика, 1991. 480 с.
5. Иванова М.Г., Портнова А.Г. Здоровье как предмет исследования в психологии // Психологическая наука и образование. 2006. № 3. С. 99–102.
6. Каширский Д.В., Сабельникова Н.В. Ценность здоровья в фокусе психологического анализа // Вестник психологии и педагогики Алтайского государ-

ственного университета. 2018. № 2. С. 19-24.

7. Каширский Д.В. Психология личностных ценностей: дисс. ... д-ра психол. наук. М.: Российский государственный гуманитарный университет, 2014. 550 с.

8. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1977. 303 с.

9. Практическая психология в образовании / под ред. И.В. Дубровиной. 2-е изд. М.: Творческий центр, 1998. 528 с.

10. Психология здоровья: Учебник для ВУЗов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2000. 504 с.

11. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4, С. 92

12. Смирнов И.Н. Здоровье человека как философская проблема // Вопросы философии. 1985. № 7. С. 83-93.

13. Сухомлинова Е. Н. Формирование ценностного отношения к здоровью у старших школьников : дисс... канд. псих. наук: 19.00.. Сочи, 2012. 197 с.

14. Царегородцев Г.И. Социально-гигиенические проблемы научно-технического прогресса // Диалектика в науках о природе и человеке: человек, общество, природа в век НТР. М., 1983. С. 409-414.

15. Шмойлова Н.А. Ценностное отношение к собственному здоровью как показатель психологической гармонии личности // Мир науки, культуры, образования. 2009. № 5. С. 287-289.

16. Шостром Э. Человек-манипулятор. Внутреннее путешествие от манипуляции к актуализации. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 240 с.

REFERENCES

1. Belinskaja T.V. Psihologicheskie sostavljajushhie razvitija cennostnogo otnoshenija k zdorov'ju u studentov pedagogicheskogo vuza: avtoreferat ... kand psih. nauk: 19.00.07. Kaluga, 2005. 23 s.

2. Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija. M.: «Sovetskaja jenciklopedija», 1978. T.8. S.356.

3. Bratus' B.S. Anomalii lichnosti. M.: Mysl', 1988. 301 s.

4. Vygotskij L.S. Pedagogicheskaja psihologija / Pod red. V.V. Davydova. M.: Pedagogika, 1991. 480 s.

5. Ivanova M.G., Portnova A.G. Zdorov'e kak predmet issledovanija v psihologii // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2006. № 3. S. 99–102.

6. Kashirskij D.V., Sabel'nikova N.V. Cennost' zdorov'ja v fokuse psihologicheskogo analiza // Vestnik psihologii i pedagogiki Altajskogo gosudarstvennogo universiteta. 2018. № 2. S. 19-24.

7. Kashirskij D.V. Psihologija lichnostnyh cennostej: diss. ... d-ra psihol. nauk. M.: Rossijskij gosudarstvennyj gumanitarnyj universitet, 2014. 550 с.

8. Leont'ev A.N. Dejatel'nost'. Soznanie. Lichnost'. M.: Politizdat, 1977. 303 s.

9. Prakticheskaja psihologija v obrazovanii / pod red. I.V. Dubrovinoj. 2-e izd. M.: Tvorcheskij centr, 1998. 528 s.

10. Psihologija zdorov'ja: Uchebnik dlja VUZov / Pod red. G.S. Nikiforova. SPb.:

Izd-vo S.-Peterburgskogo universiteta, 2000. 504 s.

11. Slobodchikov V.I., Shuvalov A.V. Antropologicheskij podhod k resheniju problemy psihologicheskogo zdorov'ja detej // Voprosy psihologii. 2001. № 4, S. 92

12. Smirnov I.N. Zdorov'e cheloveka kak filosofskaja problema // Voprosy filosofii. 1985. № 7. S. 83-93.

13. Suhomlinova E. N. Formirovanie cennostnogo otnoshenija k zdorov'ju u starshih shkol'nikov : diss... kand. psih. nauk: 19.00.. Sochi, 2012. 197 s.

14. Caregorodcev G.I. Social'no-gigienicheskie problemy nauchno-tehnicheskogo progressa // Dialektika v naukah o prirode i cheloveke: chelovek, obshchestvo, priroda v vek NTR. M., 1983. S. 409-414.

15. Shmojlova N.A. Cennostnoe otnoshenie k sobstvennomu zdorov'ju kak pokazatel' psihologicheskoy garmonii lichnosti // Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya. 2009. № 5. S. 287-289.

16. Shostrom Je. Chelovek–manipuljator. Vnutrennee puteshestvie ot manipuljatsii k aktualizacii. M.: JeKSMO-Press, 2002. 240 s.

N.A. Shmojlova

THE VALUE OF HEALTH IN THE STRUCTURE OF CONSCIOUSNESS OF A SELF-ACTUALIZING PERSONALITY IN ADOLESCENCE

Altai State Pedagogical University (Barnaul).

Summary. The article is devoted to the study of the value attitude to health from the position of representation of the value of health in the consciousness of the individual on three levels-meaning, personal meaning, and sensory tissue. The article describes the peculiarities of the value attitude to personal health with different levels of self-actualization. It is shown that the representation of the value of health in the structure of consciousness differs depending on the level of self-actualization of the individual. A person with a high and medium level of self-actualization is characterized by a harmonious representation of the value of health at all levels of consciousness-meaning, personal meaning, and sensory tissue.

Keywords: health, value relation to health, structure of value relation to health, structure of consciousness, meaning, sense, sensory tissue, self-actualization of the individual.

Н.В. Александрова**ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В ОБЛАСТИ ДЕТСКОЙ
ПСИХИАТРИИ: ПОТРЕБНОСТЬ, МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ
И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ, ЗАЩИТА ПРАВ ЧЕЛОВЕКА****Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, Омская
гуманитарная академия, Клиническая психиатрическая больница
им. Н.Н. Солодниковой (Омск).**

Резюме. В статье рассмотрено этическое противоречие проблемы востребованности информирования в области детской психиатрии специалистов немедицинского профиля, сопровождающих детей. Рассматривается вероятность угрозы несоблюдения прав человека, которая может появиться при этически некорректной идентификации проблем детей с психиатрических позиций. Описано исследование, в котором показано, что знание клинической психиатрии, полученное специалистами, работающими с детьми в процессе профессионального и постдипломного обучения и из социальных медиа, формирует понимание клинической природы ряда проблем, возникающих в учебно-воспитательном процессе.

Ключевые слова: формирование представлений в области детской психиатрии, междисциплинарные противоречия, этические противоречия.

Введение. Психиатрия является социальной наукой. Проблемы, которые возникают при психических расстройствах, затрагивают не только и не столько здоровье. Специфика в проявлениях, лечении психических расстройств и правовых аспектах этого процесса известна только психиатрам. В то же время сложности сопровождения детей с психическими расстройствами носят междисциплинарный характер, они обрушиваются лавиной на представителей разных областей деятельности. Нарушения познавательной, поведенческой и эмоционально-волевой сфер у детей вызывают затруднения в работе с ними у педагогов и обычно трактуются как следствие недостатков в семейном воспитании. Делинквентное или суицидальное поведение в силу заболевания создает проблему уже для сотрудников правопорядка и общества в целом. Родители не понимают болезненной природы инцидентов и ухудшают ситуацию бездействием (необращением за психиатрической помощью) или обращаются к непрофильным специалистам.

Задача специалистов, сопровождающих детей в разных областях их жизнедеятельности, нарушенных психическим заболеванием, найти способы смягчения или предотвращения остроты их проблем. Отсутствие представлений о болезненной природе этих нарушений или искаженное понимание возможностей психиатрии в социуме [3] являются причиной роста социальных проблем клинической природы у детей. Анализ взаимосвязи социальных и педагогических дискомфорта с психическими расстройствами детей проведен в наших предыдущих статьях [1, 2].

Психиатрия является особенной отраслью медицины. Пациент может не предъявлять жалоб, а окружающие его люди часто не считают его больным и,

соответственно, нуждающимся в специализированной медицинской помощи и сочувствии. В силу того, что многие высшие психические функции у детей в норме формируются воспитанием и регулируются произвольно, симптомы нарушений поведения, эмоций и познавательных функций у них осуждаются и порицаются, часто психологизируются.

Исходя из данных нейронаук [11], следует отметить, что проявления психических расстройств зависят от таких факторов, как характер, тяжесть, распространенность и локализация патологии ЦНС в сочетании с особенностями конституции и воспитания ребенка. Исходя из позиций детерминизма [12] и клинических нейронаук [6], психическое заболевание является фактором, определяющим проблемы и нарушения развития ребенка, поскольку мозг – это субстрат психики. Если сопровождающие ребенка специалисты придерживаются этой концепции, то они большую часть ответственности за судьбу ребенка перекладывают на психиатра. В нашей клинической практике мы нередко сталкивались с такой позицией у представителей правоохранительных органов. Представители бихевиорально-когнитивной школы [10], наоборот, игнорируют состояние биологического субстрата, считая, что любого человека можно воспитать, а знания, умения и навыки сформировать. Этого мнения в большинстве своем придерживаются педагоги.

Оптимальной, на наш взгляд, научной базой - методологической основой нашего исследования является биопсихосоциальная модель [13], в которой интегрировано взаимодействие и единство биологической природы психики, ее пластичности под влиянием обучения и социального взаимодействия. Такой интегративный подход обосновывает междисциплинарное взаимодействие при оказании помощи детям с проблемами психического здоровья [7] и необходимость формирования умения распознавать психиатрическую составляющую ряда детских проблем у непсихиатров [4].

Мы предположили, что доступное для людей без психиатрической подготовки популяризированное формирование представлений в области детской психиатрии, которое касается диагностики, клиники и лечения детских психических расстройств и правовой основы этого процесса, позволит родителям и сопровождающим детей специалистам понять природу многих проблем сопровождения детей, узнать и использовать возможности их решения. Это особенно актуально в настоящее время, когда в силу негативных (экологические загрязнения, повышение возраста родительства, социальное неблагополучие и т. п.) и позитивных (развитие вспомогательных репродуктивных технологий – экстракорпорального оплодотворения, выхаживание недоношенных с критически низкой массой тела) тенденций увеличивается количество детей с психической патологией.

Материал и метод. Для проверки этой гипотезы нами было проведено исследование. В нем принимали участие 306 респондентов. Они были разделены на 3 группы по 102 человека.

Первую группу составили педагоги образовательных учреждений, в которых обучались дети с нарушениями развития: слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие, дети с речевыми, интеллектуальными нарушениями и проблемами опорно-двигательного аппарата. Все опрошенные при получении профессионального образования получали знания по клиническим дисциплинам, в том числе по детской психиатрии.

Вторую группу составили специалисты гуманитарного профиля: педагоги, психологи, специалисты по социальной работе и юристы, они работали с детьми без выраженных нарушений развития. Респонденты не получали знаний по психиатрии при профессиональном обучении, но интересовались этой областью медицины и знакомились с ней в средствах массовой информации и на межведомственных мероприятиях с участием психиатров.

В третьей группе были специалисты этого же профиля, не интересовавшиеся ранее вопросами проблем детского психического здоровья и не имевшие знаний в этой области.

Исследование проводилось с использованием разработанной нами анкеты, содержащей вопросы для выявления уровня осведомленности в области проблем детского психического здоровья и возможностей их решения.

Результаты. При анализе ответов выявилось выраженное отличие в отношении ряда явлений в зависимости от знаний в области клинической психиатрии.

Больше половины специалистов (54%), имеющих знания в области психиатрии, полученные в процессе профессиональной подготовки (1-я группа), считают причиной отсутствия эффективности мер психолого-педагогического воздействия нарушение психического здоровья детей. Специалисты сопоставляли проявления проблем с полученными ими в ходе обучения знаниями по психиатрии и считали, что смягчить или решить проблему детей можно только при обращении их родителей к психиатру. Большинство опрошенных 2-й и 3-й групп объясняют это комплексом причин, включающих как проблемы воспитания и неблагоприятную наследственность, так и проблемы психического здоровья. Большинство респондентов 1-й группы указало, что в консультации и лечении детского психиатра нуждается больше половины или большинство их подопечных; респонденты 2-й группы указали, что такая необходимость есть у половины детей; респонденты 3-й группы считают, что лишь единицы. Рекомендуют обратиться к психиатру в случае затруднений сопровождения детей почти 90% респондентов 1-й группы, половина опрошенных 2-й группы, и только 10% - 3-й группы.

Далее нами были проанализированы ответы всех респондентов без разделения их на группы по следующим позициям.

Советуя родителям обратиться к специалистам по детскому психическому здоровью, опрошенные рекомендовали таких специалистов, как:

а. педагог-психолог или детский психолог – 48%;

б. детский невролог – 85%;

в. детский психиатр – 7%;

г. логопед – 47%;

д. дефектолог – 5%.

Характеризовали реакции родителей на рекомендацию обратиться к детскому психиатру по поводу проблем их детей как:

а. обиду или агрессию родителей без объяснения причины - 35%;

б. обвинение, что специалист, как профессионал, не способен найти подход к ребенку - 64%;

в. родители не считают проблему медицинской - 76%;

г. согласие родителей, что помощь нужна - 35%;

д. отзыв о негативном опыте уже состоявшегося обращения к психиатру и

неэффективности или неблагоприятных последствиях лечения - 14 %;

е. родители соглашались, что нужна помощь психиатра, но их удерживает от этого страх стигматизации (клейма), учета, использования препаратов с непонятным для родителей и, возможно, вредным влиянием, незнание, куда и к кому можно обратиться - 25%;

ж. родители уже обращались к психологу и считают этого достаточным - 38%;

з. родители обращались к неврологу и считают, что этого достаточно - 64%;

и. родители обращались к представителям эзотерического профиля (целитель, «бабка», астролог и т. п.) - 10 %.

В числе обстоятельств, исходя из которых специалисты не давали родителям рекомендацию обращаться к детскому психиатру, были выделены:

а. личный опыт негативных реакций родителей на такую рекомендацию – 17%;

б. запрет на такие рекомендации руководителей их образовательного учреждения – 25%;

в. опасения, что родители воспримут это как оскорбление их или ребенка и обидятся- 85%;

г. опасение, что родители воспримут это как оскорбление их или ребенка и пожалуются в вышестоящие инстанции- 70%;

д. опасение, что обращение к такому специалисту чревато неблагоприятными для ребенка последствиями (это клеймо на ребенке, психиатрический учет, использование препаратов с не вполне понятным эффектом и т. п.) - 87%;

е. известен негативный опыт конкретных людей консультирования и (или) лечения у психиатра – 7 %.

В качестве практически востребованной специалистами была отмечена такая информация из области детской психиатрии, как:

а. клиника распространенных детских психических расстройств - 85%;

б. практика оказания психиатрической помощи в государственной системе здравоохранения - 70%;

в. практика оказания анонимной психиатрической помощи на коммерческой основе - 97%;

г. нормативно-правовые основы психиатрической помощи детям – 44%;

д. профилактика детских психических расстройств – 45%;

е. особенности психолого-педагогического и социального сопровождения в образовательном учреждении детей с проблемами психического здоровья – 95%.

Причиной столь малой популярности психиатрии как области медицины специалисты, не имевшие о ней представлений ранее (3-я группа), объяснили страх предубежденного, негативного реагирования на рекомендацию обратиться родителям проблемных детей. Все опрошенные указали на востребованность ими знаний по детской психиатрии в разных форматах их преподавания: от периодических семинаров и курсов в рамках последипломного образования до популяризационных материалов в масс-медиа.

Обсуждение. Таким образом, представления о детской психиатрии, полученные из разных источников, позволяют оценить клиническую составляющую затруднений учебно-воспитательного процесса и социального сопровождения детей. Однако при очевидной востребованности информированности в области детского психического здоровья, которая может предотвратить или смягчить возможные не-

благоприятные социальные последствия, связанные с не диагностированными и не леченными заболеваниями, следует учитывать этическое противоречие.

Длительная история формирования психиатрии изобилует эпизодами злоупотребления ею. Психиатрические пациенты, их семьи, психиатрические клиники, врачи и препараты глубоко стигматизированы [8]. Педагог, получая знания, но не владея этикой распоряжения ими, овладевает своего рода оружием. При этом распознавание психиатрической природы детских проблем с его не охваченным законом проявлением может привести, наоборот, к неблагоприятному в отношении маленького пациента, повороту событий. В отдельных случаях идентификация ребенка психически больным с необходимостью соответствующего лечения вызывает как у его родителей, так и у педагогов в памяти длительный - с 20-х до конца 80-х годов прошлого века - период злоупотреблений психиатрией, когда она была карательным инструментом для людей, угрожавших «стабильности» социалистического строя. Психиатрические клиники использовались не только как медицинские учреждения. Для некоторых граждан они были эквивалентом мест лишения свободы, препараты применялись не только для лечения больных, но и для подавления воли и активности, ложный психиатрический диагноз дискредитировал политически неугодных людей и их идеи. Факт нахождения человека под психиатрическим наблюдением и лечением в прошлом ставил под угрозу реализацию его гражданских прав [5].

Поэтому популяризация психиатрических знаний играет двоякую роль [9]. С одной стороны, она позволяет распознать болезненную природу трудностей адаптации и рекомендовать своевременно обратиться за диагностической и лечебной помощью, предупредив или сгладив тем самым возможные неблагоприятные для развития и социализации ребенка последствия. С другой стороны, это вызывает негативные аналогии из-за выраженной стигматизации психиатрии [3], что может навредить ребенку либо отдалить своевременную специализированную помощь и усугубить тем самым проблему. Возникает выраженная угроза информационной безопасности ребенка, поскольку не всегда возможно предвидеть последствия вооружения обычных людей знаниями из этой области. Психиатр по законодательству своей страны за использование своей информированности в случаях, не оговоренных законом, несет уголовную ответственность. Педагог, из лучших своих побуждений проявивший такую осведомленность, находится за пределами правового поля. Следовательно, поиск средств формирования представлений о детской психиатрии для сопровождающих детей специалистов и этических границ этого процесса является актуальным.

Заключение.

1. Технологическое развитие и потребность человека в информационной безопасности и конфиденциальности в частной жизни вызвали глобальное внимание к этике всех сфер деятельности. Детская психиатрия имеет свою специфику, суть которой состоит в междисциплинарном характере неблагоприятных социальных последствий заболеваний. С одной стороны, необходимо включение знаний из этой области в подготовку специалистов, работающих с детьми, с другой стороны, необходима защита прав и интересов человека при проведении психообразовательных мероприятий.

2. Для комплексного понимания природы проблем детского психического здо-

ровья, проявляющихся на разных этапах возрастного развития и в разных аспектах социализации ребенка, целесообразно знакомить с некоторыми сведениями из детской психиатрии всех участников воспитательного процесса как в форме академического обучения в последипломный период, так и в популярной форме посредством масс-медиа. В содержание обучения специалистов дошкольного и школьного образования следует включать сведения о проявлениях нарушений познавательной, поведенческой и эмоционально-волевой сфер у детей. Специалистам психологического профиля, учреждений социальной защиты, опеки и попечительства и сотрудникам правоохранительных органов необходимы клинические представления о симптомах нарушений адаптации, аддиктивном и делинквентном поведении.

3. С целью соблюдения этических аспектов использования информации из области детской клинической психиатрии, при которой будет исключена вероятность нарушения прав человека посредством стигматизации, необходимо определить четкие границы и обозначить контексты практического применения этих знаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н.В. Охрана психического здоровья детей в социальных пространствах. // *Człowiek w przestrzeni edukacyjnej współczesnego świata*. Kielce, 2017. S. 220-227.

2. Александрова Н.В. Компетентность педагогов в области проблем детского психического здоровья как условие успешного учебно-воспитательного процесса. // *Наука о человеке: гуманитарные исследования*. 2018. № 1 (31). С. 70-73

3. Бархатова А.Н. Психическое здоровье через призму общественного мнения // *Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты: Мат-лы науч.-практ. конф., 31 октября 2016 г.* М.: Издательский дом КДУ, 2017. С. 519-523.

4. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. СПб.: Питер, 2006. 412 с.

5. Карательная психиатрия // Сб. под общ. ред. А.Е. Тараса. М.: Изд-во «АСТ», Минск: Харвест, 2005. 608 с.

6. Макаров И.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. СПб.: Наука и техника, 2019. 992 с.

7. Северный А.А., Иовчук Н.М. Междисциплинарное взаимодействие в психокоррекционной помощи детям и подросткам // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017 (17). № 2. С. 215-216.

8. Судьин С.А. Психически больной и его семья в теории и практике социологии психического здоровья. Нижний Новгород: Научно-исследовательский социологический центр, 2015. 116 с.

REFERENCES

1. Aleksandrova N.V. Ohrana psichicheskogo zdorov'ja detej v social'nyh prostranstvah. // *Szłowiek w przestrzeni edukacyjnej współczesnego świata*. Kielce, 2017. S. 220-227.

2. Aleksandrova N.V. Kompetentnost' pedagogov v oblasti problem detskogo psichicheskogo zdorov'ja kak uslovie uspešnogo uchebno-vospitatel'nogo processa. // *Nauka o cheloveke: humanitarne issledovanija*. 2018. № 1 (31). S. 70-73

3. Barhatova A.N. Psichicheskoe zdorov'e cherez prizmu obshhestvennogo mnenija // *Psichicheskoe zdorov'e: social'nye, kliniko-organizacionnye i nauchnye aspekty: Mat-ly*

nauch.-prakt. konf., 31 oktjabrja 2016 g. M.: Izdatel'skij dom KDU, 2017. S. 519-523.

4. Iovchuk N.M., Severnyj A.A., Morozova N.B. Detskaja social'naja psihiatrija dlja nepsihiatrov. SPb.: Piter, 2006. 412 s.

5. Karatel'naja psihiatrija // Sb. pod obshh. red. A.E. Tarasa. M.: Izd-vo «AST», Minsk: Harvest, 2005. 608 s.

6. Makarov I.V. Psihiatrija detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlja vrachej. S-Pb.: Nauka i tehnika, 2019. 992 s.

7. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. Mezhdisciplinarnoe vzaimodejstvie v psihokorrekcionnoj pomoshhi detjam i podrostkam // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 2. S. 215-216.

8. Sud'in S.A. Psihicheski bol'noj i ego sem'ja v teorii i praktike sociologii psihicheskogo zdorov'ja. Nizhnij Novgorod: Nauchno-issledovatel'skij sociologicheskij centr, 2015. 116 s.

9. Ashish Gulia. Social media in medical practice: A boon or bane!!! Indian Journal of Medical Sciences – <http://dx.doi.org/10.18203/issn.0019-5359.IndianJMedSci20170480>

10. Arturo Clavijo A. The Psyche as Behavior, 2013, Revista Colombiana de Psicología, 22(2), p. 377-387. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692013000200011

11. Baars, Bernard J. Cognition , brain, and consciousness : introduction to cognitive neuroscience/Bernard Baars, Nicole Gage. Langford Lane, Kidlington, Oxford — 2nd ed. – 2010.

12. Brill A. A. Determinism In Psychiatry And Psychoanalysis, 2006. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.95.3.597>

13. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry, 2004. https://www.researchgate.net/publication/8150243The_Biopsychosocial_Model_25_Years_Later_Principles_Practice_And_Scientific_Inquiry – Accessed 8 Sep 2019.

N.V. Alexandrova

FORMATION OF REPRESENTATIONS IN THE FIELD

OF CHILDREN'S PSYCHIATRY: NEEDS, INTERDISCIPLINARY

AND ETHICAL CONTRADICTIONS, PROTECTION OF HUMAN RIGHTS

Dostoevsky Omsk State University; Omsk Academy of Humanities; Mental Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov (Omsk).

Summary. The article considers the ethical contradiction of the problem of the demand for informing non-medical specialists accompanying children in the field of child psychiatry. The article discusses the likelihood of a threat of non-observance of human rights, which may appear during ethically incorrect identification of problems of children from psychiatric positions. A study is described in which it is shown that the knowledge of clinical psychiatry obtained by specialists working with children in the process of professional and postgraduate education and from social media forms an understanding of the clinical nature of a number of problems that arise in the educational process.

Keywords: the formation of ideas in the field of child psychiatry, interdisciplinary contradictions, ethical contradictions.

О.А. Суетина, Н.Е. Кравченко

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПРОБЛЕМЫ
ШКОЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ИЗЛЕЧЕННЫХ
ОТ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. Психические расстройства, выявленные у обследованной группы пациентов, были представлены непсихотическими органическими синдромами разной степени тяжести, поведенческими и аффективными нарушениями. Также проанализированы особенности школьной адаптации у излеченных онкогематологических больных. Установлено, что успешность школьной и социальной адаптации обусловлена медицинскими (состояние психического здоровья), психологическими и микросоциальными факторами.

Ключевые слова: дети, подростки, психические расстройства, онкогематология, школьная адаптация

Введение. Комплексная реабилитация находящихся в ремиссии и излеченных от онкогематологической патологии несовершеннолетних включает в себя создание условий, обеспечивающих в том числе и полноценный образовательный процесс, необходимый для их дальнейшего развития и социализации. В связи с этим состояние здоровья излеченных детей и подростков (в том числе психического), являющееся основой эффективного социального функционирования и школьной адаптации, определяет научный интерес к этому аспекту их жизни [1, 4, 5]. Необходимо подчеркнуть, что современные протоколы, использующие высокодозную химиотерапию, полихимиотерапию, краниальное облучение, наряду с высокой эффективностью (вылечиваются 70-90% страдающих гемобластомами детей) нередко вызывают токсические поражения нервной системы [2, 3, 6]. Также собственно онкологическая патология и сопровождающая болезненный процесс интоксикация неблагоприятно воздействуют на головной мозг, неизбежно провоцируя развитие различных органических непсихотических нарушений психического здоровья. Кроме того, следует учитывать, что тяжелое длительное лечение с неизбежной социальной изоляцией влияет не только на психофизическое состояние несовершеннолетних пациентов, но и на психологию их поведения, эмоциональную сферу, реакции, школьную успешность, приводя к перемене ролей и положения в микросоциальном окружении и снижая качество жизни.

В связи с вышесказанным **целью** нашей работы являлось определение основных факторов, в том числе – обусловленных психическим нездоровьем, которые затрудняют школьную адаптацию, для уточнения возможных социотерапевтических подходов к их коррекции у переболевших онкогематологическими заболеваниями детей и подростков.

Материал и методы. Обследовано 76 больных школьного возраста (от 7 до 16 лет), наблюдавшихся в поликлиническом отделении НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». В изученную группу были включены

пациенты мужского (49 чел.) и женского (27 чел.) пола, которые до начала онкологического заболевания удовлетворительно обучались по программе массовой школы и не имели признаков школьной дизадаптации. К моменту обследования все находились в состоянии клинко-гематологической ремиссии продолжительностью от 2 до 10 лет после перенесенного гемобластоza (лимфома Ходжкина, неходжкинская лимфома, острый лимфобластный и острый миелобластный лейкозы). Катамнестическое прослеживание составило $4 \pm 1,5$ года. В работе использовались клинический, клинко-катамнестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации и сведений, полученных от родителей.

Результаты. Как показало исследование, те или иные нарушения психологического и психического функционирования разной степени выраженности отмечались у всех детей и подростков, находившихся в ремиссии онкогематологического заболевания.

Прежде всего следует подчеркнуть, что, независимо от длительности ремиссии, у всех обследованных имели место органические расстройства, связанные в значительной мере с последствиями противоопухолевого лечения. По степени тяжести их можно было разделить на две группы: наиболее распространенные легкие непсихотические органические расстройства, (по МКБ-10 – F06.6; 06.7; 06.8), выявлявшиеся у большинства больных (64 чел.), и реже обнаруживавшиеся (12 чел.) более тяжелые органические расстройства личности и поведения (F07.0).

Являясь основной причиной, снижающей учебную успешность, резидуально-органические расстройства выступали прежде всего в виде нарушений памяти (трудности запоминания, воспроизведения), внимания (нарушения концентрации, отвлекаемость), снижении интеллектуальной продуктивности. Весьма частым резидуально-органическим феноменом был астенический симптомокомплекс, включавший цефалгии на фоне физического и психического напряжения; вестибулопатию с головокружениями, дисфункцию вегетативных мозговых центров с недостаточностью терморегуляции, явлениями ВСД; метеозависимость; эмоциональную лабильность, повышенную истощаемость. Отмечались гиперестезия к резким запахам и громким звукам, аффективная несдержанность. Как правило, формирование резидуально-органического расстройства начиналось еще на этапе лечения и завершалось спустя 1,5-2 года после выхода в клинко-гематологическую ремиссию. В дальнейшем отмечалась его регрессирующая динамика. Назначение курсов церебропротекторной терапии в значительной мере способствовало компенсации состояния.

Резидуально-органическая симптоматика сохранялась в течение нескольких лет и являлась поводом для оформления индивидуального обучения, перевода в экстернат или использования других способов альтернативного обучения. При создании специальных условий школьники продолжали обучаться по массовой программе без существенного снижения успеваемости. Мотивацией для оформления щадящих форм обучения в данной группе служила не столько степень выраженности имевших место резидуально-органических нарушений, сколько потребность семейного окружения пациента оберегать его от лишних

внешних контактов в первые годы после излечения, сохраняя при этом имевшийся до болезни уровень школьной успеваемости. В среднем альтернативные режимы обучения использовались 2-3 года после завершения противоопухолевого лечения. По мере смягчения имеющихся симптомов и постепенной редукции психопатологической составляющей психоорганического синдрома пациенты возобновляли школьное обучение в своем классе на стандартных условиях. Можно даже говорить о некоторой условности индивидуального обучения, которое в основном касалось режима учебных мероприятий. При этом социальная активность пациентов сохранялась на удовлетворительном уровне: они охотно участвовали в общих мероприятиях, посещали школьные занятия по ряду предметов (географии, истории, технологии), могли общаться с одноклассниками и вне школы.

В случаях, когда имело место формирование более тяжелого и стойкого психоорганического синдрома, наблюдавшееся у детей раннего школьного возраста при сочетании нескольких повреждающих факторов (нейротоксического воздействия химиотерапевтического лечения, краниального облучения) и изначально имеющейся резидуально-органической недостаточности вследствие перинатальной патологии, ЧМТ и интоксикации в связи с наркозом, отмечалось быстрое, в течение полугода от начала лечения, становление стойкого психоорганического дефекта (F07). При этом определяющими являлись эмоционально-волевые и когнитивные расстройства: повышенная аффективная возбудимость, раздражительность, вязкость, пресыщаемость, частая смена настроения, двигательная расторможенность, низкая интеллектуальная продуктивность, недостаточность памяти. Наряду с этим отмечалось нарушение целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, невысокой работоспособности. Обращали на себя внимание импульсивность, слабое чувство дистанции, снижение самокритичности. У таких пациентов отчетливо выявлялась недостаточность так называемых «предпосылок интеллекта» (неустойчивость внимания, памяти, инертность психических процессов, брадифрения и низкая переключаемость). При возобновлении школьного обучения возникали серьезные трудности в усвоении учебного материала, что приводило к необходимости облегчения школьной программы и создания специальных образовательных условий. Все 12 человек после наступления ремиссии основного заболевания вынуждены были продолжать обучение в облегченных условиях (по программе для детей с когнитивными нарушениями – 9 чел., для детей с легкой умственной отсталостью – 3 чел.). Несмотря на смягчение школьной программы, дети и подростки данной группы оказывались наименее успешными в коллективе ровесников. Нарушения поведения (конфликтность, эксплозивность, иногда агрессия к окружающим или чрезмерная тормозимость), а также легко наступающие декомпенсации состояния в связи с наличием частых цефалгий, головокружений, выраженной утомляемости, обуславливали необходимость вывода из общего класса и перевода на индивидуальные формы обучения. Попытки возобновить учебу в обычных условиях, как правило, приводили к повторным декомпенсациям состояния. Школьная несостоятельность у этих больных сохранялась на протяжении всего времени обучения, не обнаруживая тенденции к быстрой регрессии, а неудовлетворительное

состояние здоровья диктовало необходимость длительного наблюдения у психиатров и неврологов, проведения коррекционных мероприятий. Для курации цереброорганических расстройств использовались лекарственные средства церебропротекторного ряда (ноотропы, полипептиды, аминокислоты, адаптогены), антиастенические (энерион) и психотропные препараты, стабилизирующие возбудимость и аффективную неустойчивость (карбамазепин, алимемазин), что способствовало улучшению учебной адаптации.

В ряде случаев проблемы школьного обучения возникали в связи с появлением негрубой астенодепрессивной симптоматики на фоне резидуально-органической недостаточности, которая имела место у 9 пациентов подросткового возраста. Аффективный синдром выступал в виде легкой гипотимии с минимальной выраженностью идеаторного и моторного компонентов синдрома. Клиническая картина таких состояний была представлена симптомами истощаемости, пациенты отмечали постоянно присутствующую вялость, повышенную утомляемость, наблюдались чрезмерная обидчивость, плаксивость, раздражительность. На фоне сниженного настроения усиливались неуверенность в себе, чувство собственной неуспешности, неудачливости, внешней и внутренней непривлекательности, актуализировались тревожные переживания, связанные со здоровьем, возможностью рецидива онкологического заболевания. Школьная несостоятельность формировалась исподволь, от постепенного сокращения учебных дней до полного отказа посещать школу и зависела от длительности и степени выраженности аффективных расстройств. Чаще всего пациенты объясняли свое нежелание продолжать учебу «ленью», скукой, утратой интереса к учебе, собственным безволием, «бессилием», «утратой энергии». Преобладали жалобы на скверное настроение, вялость, усталость, физическое недомогание, невозможность сосредоточиться на учебе. Были характерны нарушения запоминания и удержания в памяти выученного материала, замедленное усвоение информации и переключения с одного предмета на другой, снижение продуктивности при решении творческих задач и выполнении ранее интересных подросткам заданий. При своевременной правильной квалификации расстройств и выборе адекватной врачебной тактики (добавление в схему лечения наряду с церебропротекторами мягких антидепрессантов) отмечалась постепенная компенсация состояния и возвращение к учебе в общем классе.

Девиации поведения, ставшие причиной нарушения школьной адаптации, наблюдались у 4 пациентов пубертатного возраста. Протестные поведенческие реакции возникали уже во время госпитализации, существенно затрудняя проведение лечебных мероприятий. Нежелание строить дальнейшую жизнь в зависимости от состояния здоровья приводили к активному отказу от соблюдения ограничений, предписаний врача и режима. После выписки из стационара подростки в категорической форме отказывались от посещения школы, указывая на «ненужность» обучения, «пустую трату времени», желание жить «по своим правилам». В 3 случаях имели место агрессивные проявления – гневные вспышки, во время которых совершались разрушительные действия, выбрасывались и ломались вещи, а иногда импульсивные аутоагрессивные поступки (нанесение самопорезов), бравада с демонстративным употреблением алкоголя, сигарет и

нежелательных продуктов. Хотя характерологические особенности подростков можно было рассматривать в рамках акцентуаций, т. к. выраженность патологических черт не достигала степени расстройства личности, коррекция поведенческих девиаций была весьма сложной. Назначением небольших доз мягких нейрорептиков (перициазина, хлорпротиксена, тиоридазина) удавалось несколько смягчить девиации поведения. В связи с отказом посещать школу обучение таких подростков возможно было осуществить только в форме экстерната при постоянном непосредственном контроле родителей и лояльности педагогов.

Значимыми негативными факторами, затрудняющими школьную и социальную адаптацию наряду с нарушениями психического здоровья, являлись разнообразные изменения привычных микросоциальных условий – перемена условий жизни с необходимостью неоднократных повторных обследований, частых посещений онколога и педиатра поликлиники, хронический «эмоциональный дистресс» и длительно сохраняющаяся стрессовая ситуация в семье, обусловленная страхом возможного рецидива, чрезмерная опека родителей, препятствующая становлению самостоятельности, которые в совокупно оказывали негативное влияние на естественные процессы взросления и социализации. Так, в наших наблюдениях родители 9 больных, опасаясь отрицательных последствий для здоровья детей, несмотря на отсутствие значимых нарушений психического и физического состояния излеченных, настаивали на сохранении обеспечивающих большую изоляцию (надомное, семейное обучение, экстернат) формах обучения, ограничивали или сводили на нет общение со сверстниками и посещение досуговых мероприятий. А 6 пациентов подросткового возраста, находясь в длительной ремиссии онкологического заболевания и уже не имея существенных проблем с соматическим здоровьем, также принимали решение сохранять надомное обучение, не стремились и даже избегали каких-либо социальных контактов с одноклассниками и друзьями, предпочитая дистанционное общение в социальных сетях. Школьная фобия в данных случаях развилась по механизму реакции, но не в результате объективно существующих и высокозначимых для подростка обстоятельств, а в ответ на ожидаемые после длительного отсутствия трудности вхождения в коллектив одноклассников, из-за опасения не соответствовать эталонам, из-за страха возможных болезненных и унижительных ситуаций (негативных высказываний по поводу внешнего облика, умственных способностей, сниженных оценок), из-за боязни за собственное здоровье (опасения «подцепить» инфекцию). Подростки, находясь в длительной изоляции, «привыкали» к уединению и воспринимали возможное пребывание в общем коллективе как психологически затруднительное состояние эмоционального дискомфорта. К отказу от посещения школы были причастны такие характерологические черты этих подростков, как повышенная тревожность, чувствительность к критическим замечаниям, неуверенность в себе и повышенный страх причинения вреда собственному здоровью. Психотерапевтическая работа с родителями, проведение психологической коррекции, разъяснительных бесед в определенной мере помогали улучшить социальную адаптацию в подобных случаях.

Заключение. Таким образом, нарушения социальной и школьной адапта-

ции у детей и подростков определяется комплексом факторов, анализ которых диктует необходимость продуманных совместных усилий специалистов медицинского (детских онкологов, педиатров, психиатров) и немедицинского (психологов, педагогов) профиля для разработки конкретных лечебно-реабилитационных стратегий. Эффективность собственно медико-психологической помощи зависит от особенностей внутренних ресурсов и мотивации пациентов, наличия значимых социальных целей, личностной структуры, а также от степени обратимости психопатологических нарушений. Наиболее благоприятными оказываются случаи с негрубой резидуально-органической патологией, имеющей тенденцию к постепенной регрессионной динамике, у лиц с активной жизненной позицией; когда же имеет место отчетливый органический дефект, психопатоподобные девиации поведения, протест против предлагаемой помощи, медикаментозная коррекция и психотерапевтическое вмешательство часто не приводят к полной редукции психопатологических проявлений и восстановлению доболезненного уровня социального функционирования. Весьма действенными могут быть социально-психологические программы, направленные на формирование полноценной учебной мотивации, оптимизацию учебного процесса, при этом немаловажна готовность пациентов и их родителей участвовать в социореабилитационных мероприятиях, выполнять инструкции врачей, психологов и педагогов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршанская Е.Г., Семочкин С.В., Румянцев А.Г. Качество жизни подростков и молодых взрослых с длительными ремиссиями лимфомы Ходжкина // Клиническая онкогематология. 2014. № 2. С. 184-191.

2. Балис Ф.М., Вомер Р.Б., Берг С., Виник Н., Адамсон П.С., Фокс Э. Дозировка противоопухолевых препаратов у детей первого года жизни: современный подход и рекомендации рабочей группы по стандартизации химиотерапии Детской онкологической группы // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2018. № 5 (1). С. 11-16.

3. Диникина Ю.В., Смирнова А.Ю., Голубева К.М., Червонок Ю.Е., Дохина Н.Н., Егоров А.С., Белогурова М.Б. Применение высоких доз метотрексата у детей с онкологическими заболеваниями: особенности сопроводительной терапии, оценка токсичности // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2018. № 5 (2). С. 11-18.

4. Загоскина О.А., Нургалева А.А., Штрахова А.В. Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2017. № 1. С. 88-98.

5. Ионова Т.И. Современные аспекты исследования качества жизни в онкогематологии // Вестник гематологии. 2017. № 1. С. 4-14.

6. Щугарева Л.М., Иова А.С., Иванова О.В., Бойченко Э.Г., Гарбузова И.А., Величко И.О., Хуторная Т.А., Станчева Н.В., Бондаренко С.Н., Зубаровская Л.С. Клинико-интраскопические сопоставления у детей с острыми лейкозами при неврологических осложнениях // Лучевая диагностика и терапия. 2014. № 2. С. 17-27.

REFERENCES

- 1.Arshanskaja E.G., Semochkin S.V., Rumjancev A.G. Kachestvo zhizni podrostkov i molodyh vzroslyh s dlitel'nymi remissijami limfomy Hodzhkina // Klinicheskaja onkogematologija. 2014. № 2. S. 184-191.
- 2.Balis F.M., Vomer R.B., Berg S., Vinik N., Adamson P.S., Foks Je. Dozirovka protivoopuholevyh preparatov u detej pervogo goda zhizni: sovremennyy podhod i rekomendacii rabochej gruppy po standartizacii himioterapii Detskoj onkologicheskoy gruppy // Rossijskij zhurnal detskoj gematologii i onkologii. 2018. № 5 (1). S. 11-16.
- 3.Dinikina Ju.V., Smirnova A.Ju., Golubeva K.M., Chervonok Ju.E., Dohina N.N., Egorov A.S., Belogurova M.B. Primenenie vysokih doz metotreksata u detej s onkologicheskimi zabolevanijami: osobennosti soprovoditel'noj terapii, ocenka toksichnosti // Rossijskij zhurnal detskoj gematologii i onkologii. 2018. № 5(2). S. 11-18.
- 4.Zagoskina O.A., Nurgaleeva A.A., Shtrahova A.V. Psihologicheskaja rehabilitacija semej s det'mi, perenessimi onkogematologicheskie zabolevanija // Vestnik JuUrGU. Serija: Psihologija. 2017. № 1. S. 88-98.
- 5.Ionova T.I. Sovremennye aspekty issledovanija kachestva zhizni v onkogematologii // Vestnik gematologii. 2017. № 1. S. 4-14.
- 6.Shhugareva L.M., Iova A.S., Ivanova O.V., Bojchenko Je.G., Garbuzova I.A., Velichko I.O., Hutornaja T.A., Stancheva N.V., Bondarenko S.N., Zubarovskaja L.S. Kliniko-intraskopicheskie sopostavlenija u detej s ostrymi lejkozami pri nevrologicheskikh oslozhnenijah // Luchevaja diagnostika i terapija. 2014. № 2. S. 17-27.

O.A. Suetina, N.E. Kravchenko

**MENTAL DISORDERS AND PROBLEMS OF SCHOOL ADAPTATION
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS TREATED
FROM ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES**

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. Mental disorders revealed in the examined group of patients were represented by nonpsychotic organic syndromes of varying severity, behavioral and affective disorders. Also the features of school adaptation in cured oncohematological patients are analyzed. It was established that the success of school and social adaptation is due to medical (mental health), psychological and microsocial factors.

Keywords: children, adolescents, mental disorders, oncohematology, school adaptation.

**УГРОЗА НАРУШЕНИЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ РЕБЕНКА
ПРИ СМЕНЕ ИМЕНИ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ**¹ГБУ ГРЦСУ «Спутник», ²ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» (Москва).

Резюме. Статья посвящена вопросу идентичности ребенка и ее формированию. Обосновывается идея о том, что смена имени в раннем детстве осложняет процесс идентификации ребенка с самим собой/ближним окружением/набором тех проекций, которыми обогащено имя, что, в свою очередь, может иметь отсроченные симптомы психических нарушений.

Ключевые слова: идентификация, дети, семья, имя.

Исследования опираются на практический опыт клинического психолога учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и врача невролога [15, 17].

Идентичность – это психологическое представление об индивидуальной целостности, личностной персонализации, присущая любому человеку, в том числе, детям. Идентичность – это психологический феномен, который имеет пролонгированный временной диапазон своего формирования [1, 2]. Она формируется на раннем этапе развития из представлений ребенка о самом себе, с помощью ближнего окружения, которым, в первую очередь, является: родители, родственники, опекуны, соседи, и другие люди, находящиеся в непосредственном контакте с малышом. То есть ребенок выстраивает некую картину о самом себе на основании их позитивных или негативных образов, фантазий, проекций, а также аналогичного своего материала относительно взаимодействия с первичными объектами (в особенности с отцом и с матерью).

Идентификация – это процесс формирования идентичности [19, 20]. Данный процесс начинается у ребенка независимо от его состояния здоровья, социального статуса, условий жизни и т. д. В случае накопления частичного опыта идентичности можно говорить о феномене партиципации, т. е. неполной идентичности. Процесс идентификации начинается с первых недель жизни ребенка на основе взаимоотношений с заботящимся взрослым.

Факторами успешной идентификации ребенка в семье, в том числе и в приемной, является дружба, обоюдное уважение, любовь, которые возникают на почве воспитания, заботы о малыше, с дальнейшим формированием привязанности. Родители, близкие люди, постепенно становятся для ребенка тем «маяком», с помощью которого, происходит осознание подрастающей личности как самой себя. Это осуществляется путем речевой оценки поведения, внешности, чувств малыша. Нельзя также забывать, что взрослые становятся примером детям в плане социализации, коммуникативных отношений ребенка к людям, окружающему миру, что также формируют самоидентификацию [10, 12, 13, 14].

Одним из видов идентификации является именная ее форма, т. е. наличие у субъекта или предмета собственного, только ему присущего имени, названия. Благодаря этому мы можем отличать самих себя от других людей или объектов, наполнять их смыслом.

Известно, что в период онтогенеза, ребенок начинает различать в 6 мес. жизни субъекты на «свой-чужой», а в 9-10 месяцев откликаться на свое имя. В

1 год благодаря формированию предметного типа мышления самоидентификация развивается с максимальной силой. Ребенок начинает осознавать свою телесную целостность, дифференцировать отдельные его части [4]. С этого периода, дети, развитие которых соответствует нервно-психическим нормам, начинают соотносить себя с данным именем. У них появляется определенное отношение к своему имени, формирующиеся на базе самопознания и внимания к данной категории значимого для ребенка окружения.

Важным аспектом лингвистической культуры в России является придание имени ребенка производных значений: уменьшительно-ласкательных, редуцированных/укороченных. Эта ситуация помогает отразить эмоциональную составляющую имени, открывает путь к качеству и глубине привязанности между родителями и детьми, самоотождествлению, дает уверенность в стабильной идентичности. Таким образом, имя – это первичный маркер, обозначающий, что:

- «Я – ЭТО Я»;
- «Другие видят меня таким, какой я есть и принимают меня таким»;
- «Чтобы не произошло, я останусь собой».

Данные постулаты являются базовыми для правильного формирования именной идентификации.

Если окружающие ребенка взрослые: родители, опекуны, родственники в семье или персонал детских учреждений, их заменяющий, в силу разных обстоятельств с раннего возраста недостаточно или совсем не реагировали на потребности ребенка, не выстраивали привязанность и доверие к миру, не были последовательны и предсказуемы, редко или негативно называли его по имени без употребления ласкательной его формы, то данная ситуация в большинстве случаев к 12 месяцам жизни ребенка приводит к темповой задержке всех психических процессов. В последующем, если такое отношение к имени ребенка продолжается, у таких детей появляется нестабильная или негативная именная идентичность. Однако, понимание, что: «Я – ЭТО Я», как правило, формируется.

При изменении имени ребенка в семье, первично установленная устойчивая именная идентичность рушится, т. к. ребенку предлагается иное имя для самоидентификации. Он вновь находится в ситуации поиска себя. Данное обстоятельство может спровоцировать эмоциональный, интеллектуальный, физический откат назад [6, 7, 8, 9]. Также формируются глубинные тревожные состояния, что:

- «Я – ЭТО не Я»;
- «Другие не видят меня таким, какой я есть»;
- «Неожиданно может произойти что-то, на что я повлиять не в силах, но что может меня поменять целиком».

Иными словами, происходит утрата первичной именной идентичности, возрастание тревоги, связанной с утратой единственного, стабильного, значимого для ребенка элемента – его имени.

Утрата идентичности может привести к отсроченному формированию нарушения психологического развития, процессов адаптации у ребенка в последующем и, как результат, возникновению ролевого конфликта, девиантности, отчужденности, деперсонализации, любому дизадаптивному поведению [18]. На практике, такие нарушения у детей приходится часто видеть в приемных семьях, где новые законные представители решают дать новое имя ребенку. Часто при-

емные родители, меняя имя ребенку, преследуют цель минимизировать влияние его кровных родственников (даже представления и фантазии о них для приемных родителей могут быть травматичными), а также избежать воспоминаний ребенка о прошлом, таким образом, исключая опыт первичной идентификации ребенка, редуцируя его жизненную историю, искажая реальность. Ребенок, имевший опыт именной идентификации (или частичной именной идентификации), начинает строить свои отношения с новыми заботящимися взрослыми на основе своей фрагментарности или частичности. Приемные родители среди прочих жалоб расстройства привязанности указывают в таком случае следующие симптомы: ребенок долго не дифференцирует свое новое имя, ему сложно ориентироваться в своем теле (не испытывает дискомфорта или боли, снижение проприорецепторной реакции), долго не идентифицирует себя как «Я».

Таким образом, упрочнение именной идентичности, придание ей позитивной окрашенности, модуляция эмоционального отношения к имени ребенка сложно переоценить. Это базис для развития и усложнения идентификации личности и развития позитивного самоотношения и самооценки. Признание приемными родителями имени ребенка это не только признание личности ребенка, но и принятие его жизненного опыта, истории, травмы [3, 4, 5].

В психологической работе с ребенком, у которого была смена имени, при наблюдении симптомов дизадаптации, важным аспектом являются: воссоздание прошлой именной идентификации, признание прежней его именной персонализации, как опыта жизни, принятие и проживание первоначального имени.

В завершение статьи мы хотели бы представить один клинический случай, иллюстрирующий суть вышеописанного. Все имена и даты изменены.

Ирина О., 38 лет, приняла на воспитание в свою семью девочку Веронику К., 5 лет. Ранее Ирина не имела детей, состояла в браке в течение 4 лет с 25 до 29 лет. Брак распался по обоюдному согласию. Бывшие супруги не имели друг к другу претензий. Ирина работала врачом, имела представление о потребностях ребенка и достаточное количество компетенций для того, чтобы данные потребности реализовывать. Вероника до помещения в семью имела различный травматический опыт (алкоголизацию кровной матери, эмоциональное отвержение, смерть матери, которая произошла на ее глазах). Отношения с кровной матерью у Вероники были амбивалентные: во время приема алкоголя мать могла быть устрашающей, агрессивной, недоступной к контакту. Во время трезвости мать и Вероника общались, проводили время вместе.

При помещении в семью девочке были изменены имя (на Марию), фамилия и отчество, дата рождения. Мария была удочерена. В семье было не принято разговаривать о прошлом девочки, вспоминать про ранее данное кровной матерью имя. Со временем данные факты были вытеснены из памяти девочки актуальными переживаниями и событиями.

В приемной семье активно занимались интеллектуальным и эмоциональным развитием ребенка, преодолением педагогической запущенности, развитием талантов ребенка. Совместно проводили отпуск и выходные дни. Мария не ходила в детский сад, так как приемная мать считала, что это может быть травматично для ребенка. В таких случаях с девочкой оставалась бабушка. Между матерью Марии и бабушкой были договоренности, поэтому воспитание и взаимодействие с ребенком строилось в едином ключе.

Адаптация девочки проходила в семье постепенно. Семья справлялась с ее проявлениями. В возрасте 7 лет, Мария пошла в школу, появились друзья, средний балл в школе был «4». Со слов приемной матери, Мария ничем не отличалась от своих сверстников, особых проблем во взаимодействии с ребенком, ее поведении не отмечала.

С наступлением пубертата (в 11 лет) поведение стало носить провокационный характер (демонстративность, оппозиционность, пропуски школы и внешкольных мероприятий), конфликты с матерью. Далее ситуация усугублялась (со слов матери), к 14 годам появился интерес к противоположному полу, носящий беспорядочный характер. Ни девочка, ни мать не проходили психотерапию, консультации психолога не получали. В возрасте 14 лет у Марии было отменено удочерение, и она была помещена в учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Наша гипотеза состояла в том, что непризнание прошлого травматического опыта ребенка, отсутствие помощи в проживании горя потери значимых отношений, смерти матери, изменение имени, фамилии и отчества как способа искажения реальности могли сформировать патологические паттерны поведения у девочки.

В процессе психологической работы с ребенком были актуализированы прошлые воспоминания ребенка (картинки из раннего детства, касаемые отношений с кровной матерью, любимой собакой, смерти матери на руках у девочки). Также Мария вспомнила свое имя и его производное, которым называла ее кровная мать. Таким образом психика ребенка находилась как бы в двух измерениях, ни одно из которых не поддерживало связь с реальностью. Данный факт стимулировал тревогу и агрессию, которые могли быть отреагированы данным патологическим способом.

После курса психологической работы с девочкой она осознала связь своего девиантного поведения с теми чувствами (горя, боли, одиночества), которые были вытеснены. Приняла и вспомнила иную идентичность – прошлое имя, фамилию и отчество. Стала частично прогнозировать и управлять своим поведением, в ситуациях стремления к оппозиционным поступкам. В настоящее время она нуждается в дальнейшем прохождении курса психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М., 2005. 638 с.
2. Барашнев Ю.И., Розанов А.В. и др. Инвалидность с детства: недифференцированная патология нервной системы и роль аномалий развития мозга // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2005. № 3. С.43-50.
3. Власова И.Н., Лыскова Т.Ф., Прощагин В.С., Сидельникова М.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста. Учебно-методическое пособие. Нижний Новгород, 1999. 39с.
4. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. М., Эксмо-Пресс, Смысл, 2003. 512 с.
5. Гордеев В.И., Рахматуллина Р.Г., Клыпина Л.В. и др. Шкала измерения социальной компетенции Долла модифицированная (ШИСКДМ). (Методические рекомендации). Спб., 1996. 15 с.
6. Доскин В.А. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста. М., 2005. 74 с.
7. Жан Айкарди. Заболевания нервной системы у детей / Под общей ред.

А.А. Скоромца. М., 2013, 1 и 2 том. 1036 с.

8. Журба Л.Т., Тимонина О.В. Методы количественной оценки двигательных, речевых и психических функций ребенка для раннего выявления задержки возрастного развития. Методические рекомендации №99/224. М., 2001. 48 с.

9. Заваденко Н.Н. Нарушение формирования устной и письменной речи у детей. Возможности их медикаментозной коррекции. Методическое пособие для врачей. М., 2003. 64 с.

10. Зарецкий В.В., Маллер А.Р. Инновационный проект «Дети как дети. Воспитание в обществе толерантного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья» // Непрерывное педагогическое образование. 2014. № 7. С. 5.

11. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте. ., 2006. 3-е изд. 143 с.

12. Маллер А.Р. Особые дети и проблемы толерантности. М., 2016. 100 с.

13. Маллер А.Р. Особенности детей с прогрессирующей умственной отсталостью // Мастер-класс. 2014, № 3. С.17-21.

14. Маллер А.Р., Мохов К.О. Эпилепсия как медико-педагогическая проблема у детей с умственной отсталостью // Профилактика зависимостей. 2017. № 4 (12). С. 174-180.

15. Мохов К.О. Комплексный анализ инвалидности и медико-социальной экспертизы детей с задержкой нервно-психического развития: дисс... канд. мед. наук. М., 2008. 141 с.

16. Немов Р.С. Психология. Учебник для студентов высших педагогических учебных заведений. Книга 2. Психология образования. М., 1995. 496 с.

17. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 сентября 1993 г. № 227. «О совершенствовании системы организации медицинской помощи воспитанникам домов ребенка Российской Федерации».

18. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолаева Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. 2-е изд. Спб., «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2005. 144 с.

REFERENCES

1.Barashnev Ju.I. Perinatal'naja nevrologija. М., 2005. 638 s.

2.Barashnev Ju.I., Rozanov A.V. i dr. Invalidnost' s detstva: nedifferencirovannaja patologija nervnoj sistemy i rol' anomalij razvitija mozga // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 2005. № 3. S.43-50.

3.Vlasova I.N., Lyskova T.F., Proshhagin V.S., Sidel'nikova M.N. Metody kompleksnoj ocenki sostojanija zdorov'ja detej rannego vozrasta. Uchebno-metodicheskoe posobie. Nizhnij Novgorod, 1999. 39s.

4.Vygotskij L.S. Psihologija razvitija rebenka. М., Jeksmo-Press, Smysl, 2003. 512 s.

5.Gordeev V.I., Rahmatullina R.G., Klypina L.V. i dr. Shkala izmerenija social'noj kompetencii Dolla modifitsirovannaja (ShISKDM). (Metodicheskie rekomendacii). Spb., 1996. 15 s.

6.Doskin V.A. Metody diagnostiki nervno-psihicheskogo razvitija detej rannego vozrasta. М., 2005. 74 s.

7. Zhan Ajkardi. Zabolevanija nervnoj sistemy u detej / Pod obshej red. A.A. Skoromca. М., 2013, 1 i 2 том. 1036 с.

8. Zhurba L.T., Timonina O.V. Metody kolichestvennoj ocenki dvigatel'nyh,

rechevyh i psichicheskikh funkciy rebenka dlja rannego vyjavlenija zaderzhki vozrastnogo razvitiya. Metodicheskie rekomendacii №99/224. M., 2001. 48 s.

9. Zavadenko N.N. Narushenie formirovaniya ustnoj i pis'mennoj rechi u detej. Vozmozhnosti ih medikamentoznoj korrekcii. Metodicheskoe posobie dlja vrachej. M., 2003. 64 s.

10. Zareckij V.V., Maller A.R. Innovacionnyj proekt «Deti kak deti. Vospitanie v obshhestve tolerantnogo otnoshenija k detjam s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja» // Nepreryvnoe pedagogicheskoe obrazovanie. 2014. № 7. S. 5.

11. Lebedinskij V.V. Narushenie psichicheskogo razvitiya v detskom vozraste. ., 2006. 3-e izd. 143 s.

12. Maller A.R. Osobyje deti i problemy tolerantnosti. M., 2016. 100 s.

13. Maller A.R. Osobennosti detej s progressirujushhej umstvennoj otstalost'ju // Master- klass. 2014, № 3. S.17-21.

14. Maller A.R., Mohov K.O. Jepilepsija kak mediko-pedagogicheskaja problema u detej s umstvennoj otstalost'ju // Profilaktika zavisimostej. 2017. № 4 (12). S. 174-180.

15. Mohov K.O. Kompleksnyj analiz invalidnosti i mediko- social'noj jekspertizy detej s zaderzhkoj nervno- psichicheskogo razvitiya: diss... kand. med. nauk. M., 2008. 141 s.

16. Nemov R.S. Psihologija. Uchebnik dlja studentov vysshih pedagogicheskikh uchebnyh zavedenij. Kniga 2. Psihologija obrazovanija. M., 1995. 496 s.

17. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 28 sentjabrja 1993 g. № 227. «O sovershenstvovanii sistemy organizacii medicinskoj pomoshhi vospitannikam domov rebenka Rossijskoj Federacii».

18. Smirnova E.O, Galiguzova L.N., Ermolaeva T.V., Meshherjakova S.Ju. Diagnostika psichicheskogo razvitiya detej ot rozhdenija do 3 let. 2-e izd. Spb., «DETSTVO-PRESS», 2005. 144 s.

19. Beckung E., Hagberg G. Correlation between the handicap code ICIDH and the Gross Motor Function Classification System in children with cerebral palsy // Development Medicine Child Neurology. - 1999. - Vol.41, N10. - P.3.

20. International Classification of Functioning, Disability and Health in a cohort of children with cognitive, motor and complex disabilities / M. Battaglia [et al.] // Dev.Med. Child Neurol. - 2004. - Vol.46, N2. - P.98-106.

N.K. Kulaeva¹, K.O. Mokhov²

THREAT OF INFRINGEMENT OF IDENTIFICATION OF THE CHILD AT CHANGE OF NAME IN THE FOSTER FAMILY

¹Family Unit Center «Sputnik», ²Clinical Psychiatric Hospital № 4 (Moscow).

Summary. The article is devoted to the issue of the identity of the child and its formation. The idea is substantiated that the change of name in early childhood complicates the process of identifying a child with himself / his immediate environment / a set of those projections that enrich the name. Which, in turn, may have delayed symptoms of mental disorders.

Keywords: foster family, adopted child, childhood development, identification, identity.

Э.Г. Эйдемиллер**ПСИХОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОМ
КУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ РОССИИ¹****Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург).**

В настоящее время психотерапия - это тот вид духовной практики, который, с одной стороны, наиболее востребован населением разных стран мира, а с другой - предмет разногласий и ожесточенных споров.

Я задам ряд вопросов, а затем попытаюсь ответить на них.

Вопрос первый: что такое психотерапия? Самый очевидный ответ: психотерапия - это вид лечения, осуществляемый психологическими воздействиями.

Вопрос второй: почему тогда к психотерапевту приходят люди здоровые, но имеющие психологические проблемы - супружеская ревность, обида на детей, непослушание детей, их плохая успеваемость, конфликты поколений в семье. Угроза развода и ситуация в семье после развода, как правильно воспитывать детей, и можно ли бабушкам/дедушкам любить внуков больше, чем их собственным родителям и др.? Причем, после консультации с психотерапевтом, психологом многие клиенты находят путь решения проблемы и чувствуют себя увереннее. Если при ответе на первый вопрос психотерапия выступает как вид медицинского вмешательства, лечения, то при ответе на второй - как духовная практика, опирающаяся на парадигму здоровья и направленная на поиск и раскрытие глубинных смыслов бытия.

Психотерапия - это лечение или психологическое сопровождение человека человека, переживающего кризис бытия?

Психотерапия - это медицина или гуманитарная практика? Теоретически концептами психотерапии является/являются естественно-научная парадигма (каузальная модель) и/или гуманитарная парадигма?

Для меня психотерапия, несмотря на ее длительный исторический путь становления и развития, новая междисциплинарная специальность, основанная на естественно-научной и гуманитарной парадигмах, интегрирующая в себе такие духовные практики (по мере их возникновения), как религия, медицина, философия, педагогика, психология, социология и др.

Следовательно, психотерапевтическая деятельность в нашей стране не должна быть привилегией одних лишь врачей, но должна осуществляться и психологами, и социальными работниками, т. е. профессионалами, имеющими соответствующую додипломную и последипломную подготовку и несущими юридическую ответственность за свою деятельность.

Другое следствие сделанного мною определения психотерапии - это то, что психотерапевтическая деятельность должна регламентироваться соответ-

¹Доклад на Конгрессе по детской психиатрии (Москва, 25-28 сентября 2001 г.).

вующим Законом РФ, а не подзаконными актами разных министерств.

Можно предложить еще несколько определений психотерапии. Психотерапия - это система психологических воздействий на клиента/клиентов как открытую живую систему с целью оптимизации его/их функционирования. С моей точки зрения, это определение, психологическое по своей сути, опирающееся на основные положения системного подхода, наиболее плодотворно разрабатываемые в семейной психотерапии (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 1999; Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис, 2000).

Наконец, могу предложить еще одно определение психотерапии, которое тоже относится к психологическим, но в нем в лучшей степени подчеркнуты партнерские отношения психотерапевта и клиента: психотерапия - это психологическое взаимодействие психотерапевта/психотерапевтов и клиента /клиентов, в результате чего осуществляются конструктивные изменения и личностный рост каждого участника взаимодействия.

Можно продолжить ряд определений психотерапии, и это сделают не менее эффективно другие специалисты, но возникает очередной вопрос: почему мои определения являются по своей сути в большей степени психологическими, нежели медицинскими.? На это я отвечаю, будучи врачом по образованию и по специальности, хочу поддержать психологов, оказывающих психотерапевтические услуги, поскольку их роль и место в современном культурном и административном контекстах России являются весьма значительными, но они неравноправны по сравнению с врачами.

Законодательство РФ, регулирующее оказание медицинских услуг, закрепляет это право лечить только за специалистами медицинского профиля и оставляет за скобками деятельность психологов, педагогов, специалистов по лечебной физкультуре без медицинского образования, работающих в органах здравоохранения и вне их. Законодательная база о здравоохранении была создана на основании редукционистских теорий здоровья и болезни и в настоящее время требует существенной модернизации.

Для того, чтобы понять роль и место психотерапии в культурном контексте современной России, необходимо осветить сам культурный контекст в его развитии вообще и в России в частности.

В развитии культуры выделяют три эпохи (Э.Г. Эйдемиллер, 2000; Ф. Александер, Щ. Селесник, 1995; W.J. Seltzer, 1999, 2000).:

1. премодерн;
2. модерн;
3. постмодерн.

В эпоху премодерна мышление человека было магическим, поэтому главенствующими методами психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были различные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление отыскивать или приписывать причинно-следственные связи как в природе, так и в поведении людей. Важным инструментом в познании психики становится метод - психоанализ, основанный на

наблюдении и интроспекции З. Фрейда и теория условных рефлексов И.П. Павлова и основанные на ней методы поведенческой психотерапии.

Здесь следует более подробно остановиться на основных положениях, которые вызывают дискуссии в методологии современной психотерапии: метод, направление, школа и техники.

Метод - это определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Применительно к психотерапии можно сказать, что психоанализ является собой две ипостаси - мировоззрение и метод психотерапии.

Направление - это группа методов психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий в теории; имеющих сходство и различие в практическом, т. е. технологическом воплощении этих теорий.

Школа - это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, есть ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т. д.). К примеру, психоанализ З. Фрейда, аналитическая психодрама Д.Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Перлса, патогенетическая психотерапия неврозов В.Н. Мясичева.

Техники - это конкретные технологические действия в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода. Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится как к аналитической психодраме, так и к гештальт-терапии.

Культура эпохи постмодерна не только включает в себя признаки предыдущих эпох, но и имеет свои характерные признаки:

-Принцип ризомы (Ж. Делез, Р. Гваттари) предполагает новый способ структурирования как в отношении знания, так и мировосприятия в целом. Для описания этого принципа в наибольшей степени подходит понятие «контекста переживаний», «взаимодействия», «семейного контекста», которое пришло из семейной психотерапии (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 1999; М. Nichols, 1984, J.N. Brown, D.N. Christensen, 1999). Контекст бытия - это поле описания всего того опыта, который входит в рамки исследования/описания. При этом отсутствует классическое деление на целое, частное, подчиняющее и соподчиненное. Речь идет о неоднородном поле идентичности.

Контекст характеризуется несимметричностью, вследствие чего так называемая периферия бытия может оказаться более значимой, чем «центр». В аналитической психодраме, которой я занимаюсь много лет и которую считаю одним из наиболее универсальных и эффективных методов психотерапии, пригодных для детей, подростков и взрослых, «маленькие» детали, например, уточнение цвета обоев, времени суток, открыты или закрыты двери в комнатах, в психодраме протагониста имеют подчас большее значение для достижения им инсайта и катарсиса, чем формулирование и проговаривание им основной темы. Ризома пришла на смену структуре;

-Время становления эпохи постмодерна - весьма подвижная граница, охватывающая конец 20-х годов XX века и наши дни.

-Критика абсолютизма разума, так называемого научного познания, основанного на догмате измерения. Помимо измерений в современной психологии наиболее важным стало вслушивание, вчувствование, взаимная эмпатия. Диктатура рационального объяснения, действия, последствий и следствия уступила место созданию и воссозданию контекста множественной intersубъективности.

-Критика классической противопоставленности субъекта и объекта. Согласно этому критерию взаимоотношения психотерапевта и клиента следует рассматривать как intersубъективные.

На сеансе индивидуальной психотерапии в случае явлений переноса и контрпереноса происходит взаимное выстраивание образов друг друга психотерапевтом и клиентом.

В начальной фазе психотерапии психотерапевт, имеющий личную биографию, соответствующие профессиональные качества, опыт самораскрытия и инвентаризации личного психологического пространства, проницаемые внутренние и внешние границы «Я», демонстрирует клиенту эмпатию, принятие его таким, какой он есть, инициативу. Клиент же предъявляет психотерапевту свои страхи, тревогу, ригидные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, а также - веру и надежду, что психотерапевт ему поможет. Границы личного пространства клиента либо размыты, либо жесткие, большая часть его потенциала оказывается невостребованной.

В средней фазе психотерапии продолжается процесс взаимодействия, в котором важнейшими сенсациями являются взаимовосприятие, взаимная акцептация личного материала психотерапевта и клиента, причем психотерапевт, и в этом его сила и профессионализм, усваивает для себя лишь то из материала клиента, что способствует умножению его потенциала и опыта. Границы клиента становятся более проницаемыми, вследствие чего он способен осуществлять инвентаризацию и коррекцию своего и чужого опыта.

На заключительной фазе психотерапии клиент завершает «встраивание» в себя того материала, который образовался в процессе взаимоотношений/взаимодействий с психотерапевтом, инвентаризацию и коррекцию своего опыта. Наличие проницаемых внешних и внутренних границ позволяет клиенту осуществить интеграцию уже имевшегося опыта и вновь приобретенного. Это полностью самостоятельная аутентичная личность, освободившаяся от зависимости от психотерапевта. Психотерапевт в результате общения с клиентом либо подтверждает, либо подвергает сомнению тот опыт переживаний, который был у него ранее. В случае профессионализма занятиями психотерапией психотерапевт всегда оказывается в выигрыше в выстраивании собственной личности. В случае непрофессионализма контрпереносы разрушают его личность.

- В эпохе постмодерна подвергается критике принцип функциональности, который предполагает жесткое слияние предназначения личности, ее судьбы и аутентичности с выполнением социальных ролей. В тоталитарных обществах принцип функциональности был жестко самодовлеющим, и каждый человек рассматривался как элемент большой государственной машины.

-Преобладающими теориями в философии и психотерапии становится теория социального конструктивизма и нарративный (описательный) подход (J.S.

Efren, M.D. Lukens, 1992, W.J. Seltzer, 2000).

-Благодаря работам чилийских биологов Умберто Матурана и Франсиско Варела стало понятным, что так называемые «очевидные» в биологии факты далеко не всегда являются таковыми. Очень трудно отнести тот или иной вид животных, организмов на определенные позиции классификаций. К примеру, большую панду одно время относили к медведям, потом к енотам, потом снова к медведям, причем оказалось, что и еноты, и медведи являются представителями одной большой семьи.

Суть конструктивизма заключается в осознании того, что наши предположения о мире невозможно непосредственно подтвердить.

«Язык - это самое главное, без него невозможны были бы такие сложные согласования действий в социальном сообществе, и именно поэтому конструктивисты настаивают на том, что человеческие жизни, в сущности, являются «разговорами». Следовательно, конструктивистская психотерапия в фигуральном и буквальном смысле представляет собой особую форму «разговора» (Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицис, 2000).

Основное допущение конструктивистских и нарративных психотерапевтов заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать каким-то определенным образом, и все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если что-то вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать что-то другое. Понимание между людьми возникает в условиях взаимосозданного и взаиморазделяемого контекста переживаний. «Стол - это то, что наиболее часто обозначается этим словом» - это утверждение справедливо лишь тогда, когда общающиеся договорились о границах контекста взаимоотношений и о способах проверки качества понимания. При нарушении этих условий «стол» в нашем понимании может трансформироваться в «стул». Основной тезис конструктивистского и нарративного подходов - «практичность» вместо «истинности». Наверно, из всех сфер социального функционирования общение в семье и в ситуации психотерапии имеет больше всего шансов иметь признаки «понимающего общения».

-Ответственность за свое самоопределение, самоактуализацию является прерогативой самой личности. Речь идет об ответственном самоформировании (Петер Козловски).

- Главенствующей ценностью эпохи постмодерна является свобода, которая предполагает, помимо всего прочего, отказ от завоевательности и расширительности в области духовных практик. К сожалению, опыт общения и взаимоотношений психотерапевтов в России является противоречивым: все говорят об объединении, но при этом продолжается конкурентная борьба представителей разных школ, ассоциаций, учреждений и просто отдельных психотерапевтов.

Тема, которая волнует всех, но о чем никто не говорит вслух, это власть и деньги. Кто будет определять параметры специальности, стандарты обучения и сертификации, кто будет иметь большее влияние - это тот неявный в декларировании, но более чем явный в поступках лейтмотив развития психотерапии в современной России.

-Преодоление научного монизма и декларация множественности форм познания. Отношения традиционной медицины, в частности, так называемой научной психотерапии с альтернативной медициной и психотерапией характеризуются закрытостью и враждебностью. Причем большую враждебность демонстрирует официальная медицина, а альтернативная медицина отвечает игнорированием официальной медицины.

- Если мы не знаем механизмов лечебного действия методов нетрадиционной медицины, то мы должны констатировать, что многие целители обладают такими важными качествами как умение осуществлять присоединение, наводить трансы, стимулировать переносы, вселять веру и надежду. Весь вопрос в том, как будут использованы эти возможности.

-Наконец, в эпоху постмодерна актуализируются качества готической культуры с ее стремлением к чистоте. Функциональность заменяется принципом органичности. Все многообразие природы, человеческого бытия понимается как взаимосвязанное, как живое, которое развивается по своим законам. Метафорой этого принципа может служить ландшафт, в котором есть река, луга, кустарники, деревья, различная живность, которая является самоценной, но ни в коем случае не выступает в роли «младших братьев», небо, солнце и человек, который пытается обучиться неагрессивному существованию.

- В настоящее время исследователи (Б.Д. Карвасарский, 2000; В.В. Макаров, 2000) насчитывают от 500 до 1000 методов психотерапии. Совершенно очевидно, что методов психотерапии значительно меньше, а увеличение количества методов связано с тем, что каждый психотерапевт стремится скорее персонифицировать свой опыт, нежели признаться в том, что он является учеником и последователем другого психотерапевта.

- Для того чтобы лучше ориентироваться во всем многообразии методов и техник психотерапии, лучше воспользоваться предложением М.М. Решетникова (2000) и подразделить методы психотерапии по следующим направлениям (Э.Г. Эйдемиллер, 2000):

- 1) методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;
- 2) поведенческая психотерапия;
- 3) когнитивная психотерапия. Причем, эти два направления многие исследователи объединяют (А.П. Федоров, 1998; А.Б. Холмогорова, 2000);
- 4) психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия;
- 5) экзистенциальная (гуманистическая) психотерапия;
- 6) семейная психотерапия.

-Разумеется, в современной России одни направления психотерапии лучше развиты, как скажем, первое, второе, четвертое, а другие - значительно хуже, например, семейная психотерапия.

-Отнесение семейной психотерапии к самостоятельному направлению достаточно спорно и имеет больше противников в нашей стране, чем сторонников.

- Какие у меня есть основания выделить семейную психотерапию в самостоятельное направление?

-Во-первых, собственный психотерапевтический опыт. Мне повезло быть вместе с В.К. Мягер, А.И. Захаровым, Т.М. Мишиной, В.М. Воловиком,

В.В. Костеревой и А.С. Спиваковской основоположником семейной психотерапии в СССР и России. Мы поняли, что семья является уникальным социальным организмом, имеющим свои уникальные специфические признаки, свои механизмы и теории функционирования:

- 1) структура базисных семейных ролей;
- 2) учение о вертикальных и горизонтальных стрессорах - концепция «патологизирующего семейного наследования» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1990; M. Nichols, 1984, J.H. Brown, D.N. hristensen, 1999);
- 3) семья как живая открытая система, функционирующая в неравновесных условиях;
- 4) семейные подсистемы и границы;
- 5) семейные мифы;
- 6) семейные когнитивные сценарии, «наивная семейная психология» В. Юстицкиса и Э.Г. Эйдемиллера (1990; 1999).

-Во-вторых, наличие разнообразных теорий, объясняющих функционирование семей как целого.

-В-третьих, близость и взаимопроникновение этих теорий в объяснении функционирования семей - психодинамические, системные, структурные, коммуникативные и стратегические теории семейной психотерапии - скорее дополняют друг друга, чем опровергают.

-В-четвертых, именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, которые, с моей точки зрения, явились своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (общей теории систем Людвиг фон Берталанфи), психотерапии, основанной на опыте В.Сатир и К.Витикера.

- Эта статья является воплощением тех мыслей, которые одолевали меня на протяжении последнего года и всей жизни.

- В заключение хочу высказать пожелание себе и своим коллегам учиться пониманию, терпению и толерантности, расти самим и не мешать росту других.

Е.А. Бодагова

**АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ,
ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ****Читинская государственная медицинская академия (Чита).**

Резюме. В данной работе представлен анализ медицинских карт, карт по диспансеризации, личных дел, а также данные психопатологического и электроэнцефалографического обследования 324 воспитанников десяти Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей. Результат исследования показал наличие неблагоприятных микро- и макросоциальных факторов у детей-сирот: алкоголизм родителей, безнадзорность, низкая успеваемость в школе, расстройства поведения и антидисциплинарные поступки. Воспитанники также имеют неудовлетворительные клинические показатели: практически каждый второй ребенок имеет тот или иной психиатрический (68%) и неврологический (65%) диагнозы.

Ключевые слова: дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, психопатологические расстройства, поведенческие нарушения, психические расстройства.

Современная демографическая ситуация страны характеризуется уменьшением рождаемости, увеличением смертности, сокращением численности коренного населения, деградацией и депопуляцией, распадом семей, а также в целом ухудшением здоровья населения как физического, так и психического. В обществе сложилась особая, устойчивая и достаточно крупная социально-демографическая группа – дети-сироты, а проблема социального сиротства является одной из существенных, остро стоящих перед российским государством и обществом на современном этапе [1, 2, 5, 6, 7]. Данными многочисленных исследований доказано, что воспитанники интернатных учреждений имеют худшие показатели психического и психологического здоровья по сравнению со сверстниками, воспитывающимися в семьях [3, 4, 9, 10, 12]. Среди психических расстройств у детей, оставшихся без попечения родителей, авторы описывают нарушения интеллекта, эмоций и поведения разной степени выраженности [2, 4, 8, 9, 11]. Поэтому психическое здоровье детей-сирот было и остается актуальной проблемой.

Целью настоящего исследования был психопатологический и клинко-эпидемиологический анализ состояния здоровья детей Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей Забайкальского края.

Материалы и методы. Проведено психометрическое обследование 324 воспитанников десяти Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей Забайкальского края. Из 324 воспитанников Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей, 62,4% (n=202) составили мальчики и 37,6% (n=122) – девочки в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст составил $13,6 \pm 2,4$ лет).

Обследование проводилось при помощи стандартизированных скрининговых методик: опросник Басса-Дарки (оценка агрессивности), опросник Спилбергера-Ханина (оценка тревожности), опросник М. Ковач (оценка депрессии), оп-

росник Леонгарда-Шмишека (для оценки свойств характера и темперамента), опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой) и тест Равена (для оценки уровня интеллекта). Проведено ЭЭГ-обследование детей с использованием переносного портативного электроэнцефалографа-регистратора «Энцефалан-ЭЭГ» с применением функциональных проб - «открытие-закрывание глаз» и гипервентиляция. Проведен статистический анализ медицинских карт, карт по диспансеризации и личных дел воспитанников. Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи «Statistica 10.0 for Windows» с применением χ^2 Пирсона.

Результаты и обсуждение. При проведении психопатологического обследования детей были получены следующие результаты: реактивная (ситуационная) тревожность низкого уровня выявлена у 17,4% (n=56), среднего уровня – у 63,8% (n=207) и высокого уровня – у 18,8% (n=61) детей. Личностная тревожность низкого уровня выявлена всего лишь у 12,7% (n=41), среднего уровня – у 57% (n=185) и высокого уровня – у 30,3% (n=98) детей.

Так как наиболее значимыми представлялись показатели реактивной и личностной тревожности высокого уровня, анализ этих данных проводился с учетом пола. Так, личностная тревожность высокого уровня была выявлена у 40,1% девочек, что достоверно больше по сравнению с мальчиками, показатель которых составил 24,3% (p=0,002). Показатели распространенности высокого уровня реактивной и личностной тревожности с учетом пола представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Показатели распространенности высокого уровня реактивной и личностной тревожности с учетом пола детей

Показатели	Девочки (n=122)		Мальчики (n=202)	
	абс.	%	абс.	%
Реактивная тревожность высокого уровня (n = 61)	26	21,3	35	17,3
Личностная тревожность высокого уровня (n = 98)	49	40,1	49	24,3**

Статистическая значимость различий между группами обозначена: * - p<0,05; ** - p< 0,01; *** - p< 0,001.

При исследовании уровня агрессии обращает на себя внимание наличие агрессивности низкого уровня у большинства воспитанников – 63,6% (n=206), в то время как враждебность за счет показателей «обида» и «подозрительность» была среднего уровня – 36,4% (n=118).

Что касается депрессивного состояния воспитанников, то 32,4% (n=105) детей имеют депрессию легкой степени, средней степени – 6,5% (n=21), а выраженное депрессивное состояние выявлено у 12,9% (n=42) детей, т. е. у каждого второго ребенка имеется депрессивное состояние.

Согласно опроснику суицидального риска также обращает на себя внимание, что антисуицидальный фактор присутствует лишь у 27,7% (n=90) воспитанников, в то время как суицидальный риск выявлен у 29,3% (n=95) в основном за счет таких факторов, как «социальный пессимизм», «слом культурных барьеров» и «максимализм».

При исследовании личностных особенностей выявлено, что 40,5% (n=131) детей имеют ту или иную выраженную акцентуацию характера - в основном демонстративный, аффективный, гипертимный, лабильный типы: 53,3% (n=65) девочек и 32,7% (n=66) мальчиков, при этом девочки являются более акцентуированными, чем мальчики ($p=0,0003$). Тенденции к различным типам (средняя степень акцентуации) имеют 52,7% (n=171) детей. Лишь 6,8% (n=22) воспитанников не имеют акцентуаций и тенденций к ним (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели распространенности акцентуаций характера с учетом пола детей

Показатели	Девочки (n=122)		Мальчики (n=202)	
	абс.	%	абс.	%
Нет признаков акцентуации (n = 22)	2	1,7	20	9,9
Средняя степень акцентуации (тенденции) (n=171)	55	45,0	116	57,4
Наличие акцентуации (n = 131)	65	53,3	66	32,7***

Статистическая значимость различий между группами обозначена: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$.

При оценке уровня интеллекта были получены следующие данные: уровень интеллекта выше среднего (IQ=100-110) выявлен у 12% (n=39) детей; средний (IQ=90-100) – у 20,7% (n=67), ниже среднего (IQ=80-90) – у 31,8% (n=103), пограничный (IQ=70-80) – у 26,2% (n=85) и уровень легкой степени умственной отсталости (степени дебильности) (IQ=50-70) выявлен у 9,3% (n=30) детей.

Согласно анамнестическим сведениям, содержащихся в личных делах воспитанников, 85,8% имеют наследственную отягощенность по алкоголизму у родителей (алкоголизм матери – 38,8% (n=126); обоих родителей – 47% (n=152)). Небольшой процент обследуемых имеет отягощенную наследственность по шизофрении – 0,6% (n=2) и умственной отсталости – 1,2% (n=4); у остальных детей наследственность неизвестна – 12,4% (n=40).

Оценивая микросоциальный статус детей, было выявлено, что 62% (n=201) воспитывались в полной семье и 38% (n=123) – только матерью. При этом отец неизвестен у 29,6% детей, умер – у 13,6%, лишен родительских прав – у 52,5%, находится в местах лишения свободы – у 3% и у 1,3% детей – работающие отцы.

У 93,8% (n=304) детей родители лишены родительских прав по причине асоциального образа жизни и лишь 6,2% (n=20) – это дети-сироты. Практически каждый ребенок воспитывался в малообеспеченной семье в условиях безнадзорности.

У 36,7% (n=119) братья или сестры также находились в детских домах. У 10,2% (n=33) детей один из родителей имел судимость: в 8,9% (n=29) случаев – отец и в 1,3% (n=4) случаев – мать (ст. 105, 111-118, 131,161, 228, 158, в том числе ст.156 УК РФ – за жестокое обращение с ребенком).

Оценивая макросоциальный статус, выявлено, что воспитанники также недостаточно справлялись с социальной ролью учащегося и отличались малой заинтересованностью в учебе: так, 42,9% (n=139) детей имеют низкую успеваемость в школе (высокую успеваемость имеют лишь 3,7% (n=12) детей), 53% (n=172) проявляют безразличное отношение к обучению. Эти данные также со-

гласуются с другими исследованиями [3, 6, 7, 9, 11] и свидетельствуют о трудностях организации систематической учебной деятельности этих детей, недостаточной сформированности у них познавательной мотивации, что в свою очередь приводит к нарушениям дисциплины, конфликтам с учителями и сверстниками, тем самым усугубляя их дизадаптацию. Так, у 52,2% (n=169) детей были отмечены антидисциплинарные, антиобщественные поступки (конфликты с учителями, драки с учащимися, хулиганство, вандализм, воровство). 14,5% (n=47) воспитанников состоят на учете по делам несовершеннолетних за совершенные правонарушения (ст. 158, 115-116, 161 УК РФ).

У каждого второго воспитанника, по анамнестическим данным, имелись расстройства поведения и характера – 61,4% (n=199): конфликтность и жестокость – 23,2% (n=75), лживость и лень – 13% (n=42), бродяжничество – 11,7% (n=38), негативизм – 11,7% (n=38), суицидальные попытки – 1,8% (n=6). Лишь у 38,6% (n=125) детей поведение было без особенностей на период их обследования, хотя и у них периодически отмечались поведенческие расстройства.

По данным медицинской документации, у 67,6% (n=219) детей имеются психические расстройства: у 33,3% (n=73) детей имеются задержки психического развития (F80-83), у 27% (n=57) – органические легкие когнитивные расстройства (F06.7), у 27% (n=57) – смешанное расстройство поведения и эмоций (F92), у 7,7% (n=17) – социализированное расстройство поведения (F91.2) и у 5% (n=11) – органическое непсихотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями. Лишь 32,4% (n=105) детей не имели диагноза по психическому расстройству. На учете у нарколога состоят 7% (n=23) детей. Практически каждый второй воспитанник курит – 41,6% (n=135).

По данным диспансеризации, 64,8% (n=210) имеют диагноз – резидуальная энцефалопатия (G93.4), 35,2% (n=114) детей не имеют неврологического диагноза.

Анализ ЭЭГ-исследования показал, что 61,4% (n=199) имеют легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, у 14,5% (n=34) – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности. 49,1% (n=159) имеют дисфункцию диэнцефальных структур либо усиление активирующего влияния неспецифических срединных структур головного мозга. У 15,2% (n=49) детей ЭЭГ была в пределах возрастной нормы.

Выводы. Таким образом, обращает на себя внимание наличие у воспитанников десяти Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей, крайне неблагоприятных социальных факторов: алкоголизм родителей, безнадзорность, низкая успеваемость в школе, расстройства поведения. У подавляющего большинства имеется психиатрический (68%) и неврологический (65%) диагнозы.

Психопатологический анализ также подтверждает неблагоприятное психоэмоциональное состояние воспитанников детских домов: у подавляющего большинства воспитанников тревожность среднего и высокого уровня. При этом девочки более тревожны, чем мальчики ($p=0,002$). У половины детей имеется депрессивное состояние от легкого до выраженного уровня – 52%. У каждого третьего ребенка выявлен суицидальный риск – 30%. Агрессивность среднего уровня присутствует также у каждого третьего воспитанника детского дома – 37%. Практически 41% детей имеет ту или иную выраженную акцентуацию ха-

рактера, при этом девочки более акцентуированы, чем мальчики ($p=0,0003$).

С целью сохранения психического здоровья и улучшения социальной адаптации детей-сирот как будущего здоровья нации необходима комплексная специализированная лечебно-консультативная помощь детям-сиротам на современном уровне с участием полипрофессиональной бригады (психиатр, психотерапевт, педиатр, невролог, врач функциональной диагностики, психолог, логопед, педагог).

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Баранов В.А., Гасиловская Т.А. Медико-социальные проблемы социального сиротства. М.: Литера, 2007. 193 с.

2. Данилова Л.Ю. Клинические проявления нарушений психического развития социальных сирот // Альманах института коррекционной педагогики РАО. 2005. № 9. Электронный ресурс. URL: (<http://www.ise.edu.mhost.ru/almanah/9/p17.htm>) (дата обращения: 19.01.2005).

3. Девятова О.Е. Пограничные психические расстройства у детей, находящихся в условиях семейной депривации: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2005. 20 с.

4. Долгушин В.В. Гигиенические и медико-социальные аспекты формирования здоровья воспитанников учреждений для детей-сирот: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 2008. 25 с.

5. Захарова Г.Я., Абрамова Е.В., Храмова Е.Б. Диспансерное наблюдение детей с соматическими заболеваниями на педиатрическом участке: учебно-методическое пособие для студентов V-VI курсов педиатрического факультета. Тюмень : Печатник, 2010. 210 с.

6. Корнетов Н.А. Проблемы сиротства в России // V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья». М., 2013. С. 5.

7. Кремнева Л.Ф., Проселкова М.О., Козловская Г.В. К вопросу об этиологии синдрома сиротства // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. № 1. С. 20-25.

8. Лещенко М.В. Состояние здоровья и развития воспитанников домов ребенка // Российский педиатрический журнал. 2000. № 1. С. 48-49.

REFERENCES

1. Al'bickij V. Ju., Baranov V. A., Gasilovskaja T. A. Mediko-social'nye problemy social'nogo sirotstva. M.: Litera, 2007. 193 s.

2. Danilova L. Ju. Klinicheskie projavlenija narushenij psihicheskogo razvitija social'nyh sirot // Al'manah instituta korrekcionnoj pedagogiki RAO. 2005. № 9. Jelektronnyj resurs. URL: (<http://www.ise.edu.mhost.ru/almanah/9/p17.htm>) (data obrashhenija: 19.01.2005).

3. Devjatova O. E. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva u detej, nahodjashhihsja v uslovijah semejnoy deprivacii: Avtoref. diss. kand. med. nauk. M., 2005. 20 s.

4. Dolgushin V. V. Gigienicheskie i mediko-social'nye aspekty formirovanija zdorov'ja vospitannikov uchrezhdenij dlja detej-sirot: Avtoref. diss. kand. med. nauk. Omsk, 2008. 25 s.

5. Zaharova G. Ja., Abramova E. V., Hramova E. B. Dispersernoe nabljudenie detej s somaticheskimi zabolevanijami na pediatricheskom uchastke: uchebno-metodicheskoe posobie dlja studentov V-VI kursov pediatricheskogo fakul'teta.

Tjumen' : Pechatnik, 2010. 210 s.

6.Kornetov N.A. Problemy sirotstva v Rossii // V Mezhdunarodnyj kongress «Molodoe pokolenie XXI veka: Aktual'nye problemy social'no-psihologicheskogo zdorov'ja». M., 2013. S. 5.

7.Kremneva L.F., Proselkova M.O., Kozlovskaja G.V. K voprosu ob jetiologii sindroma sirotstva // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2017. № 1. S. 20-25.

8.Leshhenko M.V.Sostojanie zdorov'ja i razvitija vospitannikov domov rebenka // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2000. № 1. S. 48-49.

9. Allen B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood // Child Maltreatment. 2008. Vol. 13. P. 307–312.

10. Comijs H.C., Beekman A.T.F., Smit F., Bremmer M., Van Tilburg T.G. Childhood adversity, recent life events and depression in late life // Journal of Affective Disorders. 2007. Vol. 103(1/3). P. 243-246.

11. Kunovski I., Nikolova G., Filipovska A., Trpcevska L. Effects of childhood abuse and neglect on suicidal behavior in an adolescent clinical population // European psychiatry. 2019. 56S: S65-S66.

12. Moffitt T.E. The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors // Psychological Bulletin. 2005. Vol. 131(4). P. 533-554.

E.A. Bodagova

ANALYSIS OF THE MENTAL HEALTH OF CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

Chita State Medical Academy (Chita).

Summary. This paper presents an analysis of medical records, medical examination cards, personal files, as well as data of psychopathological and electroencephalographic examination of 324 pupils of ten Centers for children left without parental care. The result of the study showed the presence of extremely unfavorable micro and macro-social factors in orphans: alcoholism of parents, neglect, low school performance, behavior disorders and anti-disciplinary actions. Pupils also have poor clinical indicators: almost every second child has some kind of psychiatric (68%) and neurological (65%) diagnoses.

Keywords: orphans, children left without parental care, psychopathological disorders, behavioral disorders, mental disorders.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ БИОРИТМОВ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ПРОЦЕСС СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ-ПОДРОСТКОВ

Удмуртский государственный университет (Ижевск).

Резюме. В статье представлено исследование индивидуально-психологических и педагогических условий сохранения и укрепления психологического здоровья спортсменов. Целью исследования явилось изучение влияния биоритмов, физических нагрузок на психологическое здоровье спортсменов. В исследовании принимали участие 50 пловцов-подростков мужского пола. Возраст испытуемых – 12-15 лет, квалификация – от 1-го юношеского до 1-го взрослого разряда. Установлено что учет биоритмов и посильности физической нагрузки позитивно влияет на показатели психологического здоровья спортсменов. Предложено проведение тренировок, согласованных со стадиями подъема фаз биоритма и результатами объективной оценки показателей работоспособности спортсмена.

Ключевые слова: спортсмены-подростки, психологическое здоровье, биоритмы, физические нагрузки.

Введение. Современные исследования позволяют ставить вопрос о необходимости нового подхода к планированию физических нагрузок с учетом индивидуально-психологических особенностей спортсмена. Условно данные исследования могут быть поделены на две группы. Первая – более многочисленная, рассматривающая положительное влияние занятий спортом на физическое и, значительно реже, на психическое состояние спортсменов. Ряд работ подчеркивает положительное влияние занятий спортом на психологическое здоровье [1, 3, 11, 12]. Так, например, в работе M.D. Weist приводятся данные о повышении выносливости, сопротивляемости и улучшении психического здоровья у молодых людей, занимающихся спортом [15]. В ряде работ подчеркиваются отдельные аспекты психологического здоровья: выносливость [13], устойчивость [14] и др. Вторая группа исследований посвящена изучению отрицательного влияния занятий спортом на психику и психологическое здоровье. Так, например, об угрозе нарушений психического здоровья юных спортсменов пишет А.А. Зуйкова [1]. В докторской диссертации Б.П. Яковлева [9] всесторонне изучена роль психической нагрузки в изменении состояния психологического здоровья спортсменов. Постоянное превышение ее ведет к психической дезинтеграции, негативным проявлениям в психической сфере личности.

При этом малоизученным остается вопрос, каким образом биоритмы и физические нагрузки спортсменов влияют на состояние их психологического здоровья. Ряд исследователей отмечал, что одним из способов повышения эффективности тренировок и улучшения результатов соревнований спортсменов является учет их индивидуальных биоритмов и особенностей хронотипа [7, 8]. Исходя из этого, данные исследования представляют достаточный научный и практический интерес, так как, во-первых, дают возможность раскрыть закономерности хронобиологической и психологической адаптации человека к занятиям спорта, во-вторых, позволяют выявить влияние фаз биоритмов, посильности физических нагрузок на психологическое здоровье человека и, в-третьих, позволяют определить основные направления и способы формирования психологического здоровья спортсменов-подростков.

Цель исследования: выявить влияние биоритмов, физических нагрузок на психологическое здоровье спортсменов.

Задачи исследования.

1. Выявить влияние биоритмов на психологическое здоровье спортсменов-подростков.

1. Определить влияние физической нагрузки на психологическое здоровье спортсменов-подростков.

3. Составить рекомендации по учету биоритмов, посильности физических нагрузок у спортсменов-подростков по сохранению и укреплению их психологического здоровья.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 50 пловцов-подростков мужского пола. Возраст испытуемых – 12-15 лет, квалификация – от 1-го юношеского до 1-го взрослого разряда. Все исследование включало в себя четыре этапа.

1) Во время первого этапа проводилось хронобиологическое исследование. Оно проводилось трое суток подряд пять раз в течение дня в 7, 11, 15, 19 и 23 часа с отклонением ± 30 мин. Также проводилась регистрация частоты сердечных сокращений. Для выявления циркадианного ритма работоспособности использовалась анкета «Жаворонки-совы» [8]. В результате исследуемые были поделены на группы «жаворонков» (21 человек) и «голубей» (29 человек).

2) Во время второго этапа испытуемые были поделены на 2 группы, включающие в себя по 25 человек. В первой группе тренировки проводились с учетом биоритмов спортсменов. Для оценки физической работоспособности и функционального состояния спортсменов велись дневники, в которых спортсмены отмечали свое состояние в период тренировок, а также в период восстановления.

Оценку реакции сердечно-сосудистой системы во время и после тренировок проводили по методике «Бельгийского теста». Цель теста - определение физической работоспособности. Данный тест проводится следующим образом: выполняются 20 наклонов туловища с опусканием рук до пола в течение 90 сек. с предварительным измерением ЧСС, затем сразу после выполнения упражнения подсчитывается ЧСС в течение 10 сек. и через 1 мин. в период восстановления. Тренировки в данных группах проводились в течение 2 мес.

3) Сравнительный анализ показателей психологического здоровья испытуемых с помощью методики А.В. Козлова. Данная методика включала в себя следующие шкалы: «Стратегический вектор»; «Я-вектор»; «Интеллектуальный вектор»; «Гуманистический вектор»; «Творческий вектор»; «Семейный вектор»; «Просоциальный вектор»; «Духовный вектор» [2]. Также был проведен замер психологических показателей самочувствия, активности настроения (опросник САН).

4) На четвертом этапе был проведен количественный и качественный анализ результатов с выявлением статистической значимости, разработаны рекомендации для учета биоритмов и посильности физической нагрузки в целях сохранения и укрепления психологического здоровья спортсменов-подростков.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ данных, полученных с использованием методики диагностики психологического здоровья А.В. Козлова, позволяет выделить свойственные испытуемым спортсменам, тренируемым с учетом биоритмов и посильности физической нагрузки склонность к творчеству ($\bar{x}=6,35$), склонность к гуманизму ($\bar{x}=5,16$) по сравнению со спортсменами, тренируемыми без учета биоритмов и посильности физической нагрузки. Данные показатели у обеих групп спортсменов соответствует средним значениям. По

нашему мнению, склонность к творчеству, гуманистическая направленность является следствием лучшей согласованности и саморегуляции сфер жизнедеятельности спортсменов, тренирующихся с учетом биоритмов и посильности физической нагрузки. При этом для спортсменов, тренируемых без учета биоритмов и посильности физической нагрузки ($\bar{x}=6,2$) более значимой является семейная сфера жизни по сравнению со спортсменами, тренируемыми с учетом биоритмов и посильности физической нагрузки ($\bar{x}=6,1$) ($t=22,49$; $p \leq 0,008$). Данный показатель также находится в пределах средних значений. Возможно, семейная сфера является для данных спортсменов ресурсом, позволяющим восстановиться и сохранить позитивный настрой.

Таблица 1.

Статистически различающиеся показатели испытуемых спортсменов (n=50)*

Показатели	Средние значения показателей спортсменов $\bar{x}$		t-критерий Стьюдента	Уровень значимости p
	Спортсмены, тренируемые с учетом биоритмов	Спортсмены, тренируемые без учета биоритмов		
Творческий вектор	6.35	5.66	10.855	0.001
Семейный вектор	6.1	6.2	7.24	0.008
Гуманистический вектор	5.16	4.99	35.89	0.0001

*По показателям «Стратегический вектор»; «Я-вектор»; «Интеллектуальный вектор»; «Просоциальный вектор»; «Духовный вектор» не было выявлено статистически значимых различий.

Результаты теста САН, базирующегося на самооценке функционального состояния организма самими спортсменами, показали динамику изменений показателей самочувствия, настроения, активности у испытуемых групп спортсменов. Исследование проводилось до и после тренировок.

Таблица 2.

Результаты анкетирования САН (n = 50)

Состояние		Спортсмены, тренируемые с учетом биоритмов		Спортсмены, тренируемые без учета биоритмов	
		Кол-во	Среднее значение	Кол-во	Среднее значение
Самочувствие	До	25	48.1	25	46.2
	После	25	49.6	25	44.3
Активность	До	25	42.8	25	44.1
	После	25	43.6	25	39.7
Настроение	После	25	46.3	25	43.2
	До	25	42.9	25	42.9

Как видно в табл. 2, в группе спортсменов, тренируемых с учетом биоритмов и посильности физической нагрузки, после проведения тренировок повысились показатели самочувствия и активности, а в группе спортсменов, тренируемых без учета биоритмов и посильности физической нагрузки, выявилась отрицательная тенденция. Таким образом, тренировочный процесс должен учитывать функциональное и физическое состояние спортсмена, который во мно-

гом определяет время вработываемости во время тренировки и соревнования.

Оценка работоспособности спортсмена должна учитывать субъективные и объективные методы исследования. Наилучших результаты показывают спортсмены, когда два или три биоритма находятся на пике или на стадии подъема фаз биоритма, а худшие — когда происходит спад этих циклов биоритма. В период спада биологических фаз ритма спортсмен должен учитывать этот факт и разумно распределять свои силы как в тренировочных, так и в соревновательных периодах, поскольку работоспособность будет осуществляться на пределе физических возможностей организма за счет волевых качеств спортсмена. Учет биоритмов в тренировочном процессе предполагает чередование занятий различного характера, нагрузок и отдыха в тренировочном цикле. В результате у спортсменов вырабатывается стереотип последовательной смены функциональных состояний. Необходимо разработать оптимальные формы построения тренировок, которые бы позволили подвести спортсмена к наивысшим результатам в нужный момент с учетом всех биоритмов. Оптимальное время тренировок спортсменов-«жаворонок» с 10 до 13 ч, для «сов» — 17–19 ч. Подъем 2-3 циклов индивидуального биоритма является наилучшим временем для проведения интенсивных тренировок и соревнований спортсмена.

Выводы. Учет биоритмов и посильности физической нагрузки позитивно влияет на показатели психологического здоровья спортсменов. Активизируются творческие способности, гуманистический настрой спортсменов. Улучшается самочувствие, активность спортсменов. При этом, спортсмены, тренирующиеся без учета биоритмов и посильности физической нагрузки нуждаются в дополнительной системе поддержки, которую они получают от семьи. Проведение тренировок должно быть согласовано со стадиями подъема фаз биоритма и объективной оценкой показателей работоспособности спортсмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зуйкова А.А. Методика оценки и восстановления психологического здоровья воспитанников СДЮСШОР: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 14.03.11. Коломна, 2014. 23 с.
2. Козлов А.В. Методика диагностики психологического здоровья // Перспективы науки и образования. 2014. № 6 (12). С. 110-117.
3. Корягина Ю.В., Нопин С.В. Исследования психофизиологических особенностей спортсменов с помощью специализированного аппаратно-программного комплекса // Научные труды: ежегодник. Омск: Изд-во СибГУФК, 2010. С. 63–67.
4. Малинаускас Р.К., Думчене А.Л. Психическое здоровье студентов педагогических вузов // Физическое воспитание студентов. 2010. № 3. С. 45-47.
5. Поветкин С.В. Планирование нагрузки с учетом биоритмов. Методические указания. Харьков: ХНААГХ. 2012. 38 с.
6. Самойлов Н.Г., Алешичева А.В. Современные представления о состоянии психологического здоровья спортсменов // Спортивный психолог. 2016. № 4 (43). С. 4-11.
7. Хильдебрант Г., Мозер М., Лехофер М. Хронобиология и хрономедицина. М.: Арбения, 2006. 144 с.
8. Шапошникова В.И. Хронобиология и спорт. М.: Советский спорт, 2001. 208 с.
9. Яковлев Б.П. Психическая нагрузка в спортивной деятельности: дис. ... д-ра. психол. наук : 13.00.04, 19.00.07. Великие Луки, 2000. 351 с.

REFERENCES

1. Zujkova A.A. Metodika ocenki i vosstanovlenija psihologicheskogo zdorov'ja vospitannikov SDJuSShOR: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk: 14.03.11. Kolomna, 2014. 23 s.
2. Kozlov A.V. Metodika diagnostiki psihologicheskogo zdorov'ja // Perspektivy nauki i obrazovanija. 2014. № 6 (12). S. 110-117.
3. Korjagina Ju.V., Nopin S.V. Issledovanija psihofiziologicheskikh osobennostej sportsmenov s pomoshh'ju specializirovannogo apparatno-programmnogo kompleksa // Nauchnye trudy: ezhegodnik. Omsk: Izd-vo SibGUFG, 2010. S. 63–67.
4. Malinauskas R.K., Dumchene A.L. Psihicheskoe zdorov'e studentov pedagogicheskikh vuzov // Fizicheskoe vospitanie studentov. 2010. № 3. S. 45-47.
5. Povetkin S.V. Planirovanie nagruzki s uchetom bioritmov. Metodicheskie ukazanija. Har'kov: HNAAGH. 2012. 38 s.
6. Samojlov N.G., Aljoshicheva A.V. Sovremennye predstavlenija o sostojanii psihologicheskogo zdorov'ja sportsmenov // Sportivnyj psiholog. 2016. № 4 (43). S. 4-11.
7. Hil'debrant G., Mozer M., Lehofer M. Hronobiologija i hronomedicina. M.: Arbenija, 2006. 144 s.
8. Shaposhnikova V.I. Hronobiologija i sport. M.: Sovetskij sport, 2001. 208 s.
9. Jakovlev B.P. Psihicheskaja nagruzka v sportivnoj dejatel'nosti: dis. ... d-ra. psihol. nauk : 13.00.04, 19.00.07. Velikie Luki, 2000. 351 s.
10. Golby, J. Mental toughness and hardiness at different levels of rugby league / J. Golby, M. Sheard // Personality and individual differences. – 2004. – № 37. – P. 933–942.
11. Jackson, A. W. Physical activity for health and fitness / Jackson A. W., Morrow J.R., Hill D. W. et al. // Human Kinetics. – 2004. – № 3. – P. 271-293.
12. Pyle, R. P. High school student athletes: associations between intensity of participation and health factors / Pyle R. P. // Clinical Pediatrics. – 2003. – № 42. – P. 97-701.
13. Raglin, J. . Psychological factors in sport performance: the mental health model revisited / Raglin J. S. // Sports Medicine. – 2001. – № 31. – P. 875-890.
14. Ramzi, S. The impact of hardiness on sport achievement and mental health / S. Ramzi, M. A. Besharat // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2010. – Volume 5. – P. 823-826.
15. Weist, M. D. Mental health promotion / Weist M. D. // Journal of School Health. – 2001. – № 71. – P. 101-104.

D.R. Merzlyakova

RESEARCH OF THE INFLUENCE OF BIORITHMS AND PHYSICAL LOAD ON THE PROCESS OF PRESERVING THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF ATHLETES-TEENAGERS

Udmurt State University (Izhevsk).

Summary. The article presents a study of the individual psychological and pedagogical conditions for maintaining and strengthening the psychological health of athletes. The aim of the study was to study the effect of biorhythms, physical activity on the psychological health of athletes. The study involved 50 male teenage swimmers. The age of the subjects is 12-15 years, qualification - from the 1st youthful to the 1st adult level. It has been established that taking biorhythms and physical activity into account positively affects the psychological health indicators of athletes. It is proposed to conduct trainings consistent with the stages of the rise of the biorhythm phases and the results of an objective assessment of the athlete's performance indicators.

Keywords: athletes-teenagers, psychological health, biorhythms, physical activity.

М.Ю. Городнова

**ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
АДДИКТИВНОГО И ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ЛЕКЦИЯ)**

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).

Резюме. В лекции рассмотрены вопросы аддиктивного и зависимого поведения у детей и подростков с точки зрения теории гештальт-терапии. Показаны механизмы семейного взаимодействия, предрасполагающие к его формированию. Автор предлагает терминологию, исходя из понятий контакта, границ, параллельных процессов, отношений с Другим в выбранной психотерапевтической парадигме. Предложены подходы в профилактике и направления психотерапевтического вмешательства аддикций и зависимого поведения у детей и подростков. Лекция иллюстрирована примерами работы и комментариями к ним.

Ключевые слова: зависимость, аддикция, гештальт-терапия, дети, подростки.

Несмотря на малое количество официально зарегистрированных случаев детско-подростковой наркомании, токсикомании и алкоголизма [4], зависимое поведение (или его эпизоды) встречаются теперь и в дошкольном возрасте (порой родители говорят о зависимости их малыша от планшета, телефона или телевизора). Проблемы современного «текучего» общества создают условия для возникновения и поддержания аддиктивного поведения у детей и подростков и взрослых. Его характеристики, такие как отсутствие стабильности, высокие скорости, переизбыток информации, слабые связи, приоритет потребления, размытые ориентиры, девальвация опыта старшего поколения, — все это и многое другое создает условие для кризиса привязанности, лежащего в основе генеза психических нарушений [1].

По мнению гештальт-терапевтов, быть с Другим является базовой потребностью человека. Привязанность противопоставлена зависимости и определяет способность быть с Другим без страха быть поглощенным или разрушенным в этом взаимодействии. Это способность к обретению, сохранению, разрушению и восстановлению своих границ во взаимодействии с миром. Именно нарушение этой способности обхождения с собственными границами лежит в основе аддиктивного и зависимого поведения. В данной статье мы опираемся на гештальт-подход в объяснении этих феноменов и предлагаем в этом же русле психотерапевтические вмешательства в работе с детьми, подростками, их родителями. Наш подход не отрицает и не вступает в противоречие с существующими подходами иных направлений в современной психотерапии (психоаналитический, экзистенциальный, когнитивно-поведенческий), предлагая лишь еще один путь в оказании помощи и профилактике аддиктивного поведения. Являясь терапией процесса контакта, гештальт-терапия органично включает все полевые феномены, в том числе и теоретические воззрения, методологию и практику специалиста, именно поэто-

му мы рассчитываем на то, что наша работа может быть полезна представителю любого психотерапевтического направления и метода.

Начнем с терминов. *Контакт* - это ключевое понятие гештальт-терапии и условие жизни человека. Особенности процесса контактирования определяются этапом развития ребенка, приобретением им границ и возможности оперирования на границе контакта. Современная гештальт-терапия оперирует понятием модальность контакта, описывая процесс контактирования в терминологии контактирование по типу слияние, интроекции, проекции, ретрофлексии, эгоизма и т. д.[8]. Отталкиваясь от понятия опыт контакта, который определяется ситуацией разворачивающейся индивидуации, можно говорить о соответствии и уникальности такого опыта контакта в конкретной ситуации. Иными словами, каждый человек в определенной ситуации может иметь любой опыт контакта, который согласно теории параллельных процессов отражает незавершенный в прошлом опыт. Наиболее часто повторяющийся опыт контакта определяет нозологию (например, синдром зависимости). Однако личность, страдающая зависимостью, имеет и иной тип контакта.

Говоря об аддиктивном поведении, мы обращаемся к определению, согласно которому это злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того как от них сформировалась зависимость. Зависимое поведение, с нашей точки зрения, это преобладающий зависимый опыт контакта в отношениях с Другим. Аддикция и есть зависимость — болезнь, определяемая критериями МКБ-10, но мы разделяем зависимость и аддикцию по наличию или отсутствию Другого в опыте контакта. При аддиктивном опыте контакта и аддикции Другой отсутствует, и личность для удовлетворения своей потребности осуществляет контакт с объектом аддикции (вещество, предмет или деятельность). При зависимом опыте контакта и зависимости имеет место нарушение *способности создавать, сохранять, открывать и восстанавливать границы при взаимодействии с Другим в его границах*. Сам зависимый опыт контакта отражает этапы развития ребенка, который демонстрирует зависимое поведение от своего ближайшего окружения. Зависимые отношения для ребенка — возрастная норма, и хорошие питательные отношения в этом опыте контакта являются профилактикой аддиктивного поведения и аддикции в будущем. Поэтому, мы не говорим компьютерная зависимость или игровая зависимость, в этом случае мы предпочитаем использовать термин аддикция. Но говорим о любовной зависимости или зависимости от отношений. Зависимость не есть аддикция, но путь к ней.

Вслед за Ц.П. Короленко под аддикцией мы понимаем «деструктивное поведение, которое выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций» [10]. Деструктивное поведение предполагает наличие сверхценности объекта аддикции, другими словами человек одержим веществом, игрой, работой или иными вожаделенными предметом или действием. Эта страстность в обладании нарастает, необходимо все большее его количество и все больше времени

пребывания в этом состоянии, а если объект становится недоступен, возникает синдром отмены, характеризующийся плохим, порой злобным настроением, раздражением, унынием и даже физическим неблагополучием (критерии синдрома зависимости). Возникают конфликты с окружением, нарушается социализация (плохо учится, бросает занятия, ранее приносившие удовольствие, сужается круг интересов и т. д.). Несмотря на такие последствия, человек продолжает совершать «неразумные» с точки зрения окружающих поступки. При давлении извне он может прекратить аддиктивное поведение, но через некоторое время вновь возвращается к нему, возникает рецидив. Деструктивное поведение - это разрушение мира вокруг самого себя, что страдающий аддикцией не может долгое время признать.

Вторым ключевым звеном в понятии аддикции является *уход от реальности*, что подразумевает уход от реальных взаимоотношений между людьми. Именно во взаимоотношениях удовлетворяются жизненные потребности ребенка (и взрослого тоже), а удовлетворение потребностей сопровождается переживанием положительных эмоций, что носит название в обычной жизни «получать удовольствие». Если ребенок получает удовольствие в контактах с людьми, то он формирует «иммунитет против зависимости». Такие отношения в психологии носят название «питающие», дающими не только физическую пищу, но и тепло, любовь, заботу, безопасность, нежность... К сожалению, такие питающие отношения в современном обществе в дефиците. Родители все больше и больше времени проводят на работе или заняты учебной, карьерой, собой. Развитие гаджетов помогает им в этом дистанцировании, можно наблюдать за ребенком с помощью «видеоняни», занять его развлекательной игрой в планшете, где сказки «рассказываются» сами, или посадить у компьютера или телевизора. Так замечательные и необходимые в современном мире вещи становятся средством дистанцирования между взрослым и ребенком, лишая обоих живого питательного общения. Помимо этого именно близкие обеспечивают ребенку возможность контейнирования его труднопереносимых эмоций. Мать утешает ребенка, ищет вместе с ним форму размещения агрессии без обвинения и наказания, помогает пережить ярость, грусть, боль и радость. Удивительно, но подчас радость, которую выражает ребенок, не может быть разделена с ним, и родители останавливают его в ее проявлении. Если не происходит совместного проживания, контейнирования захватывающих аффектов и ребенка перенаправляют к «виртуальному миру гаджета», то этот мир становится желанным средством и способом совладания с эмоциональным напряжением. Другой не рассматривается как партнер, с кем можно разделить переживания, затрудняется коммуникация и обесценивается построение близких отношений в настоящем и будущем. Виртуальный мир, более управляемый, надежный и доступный, заменяет мир людей.

Развитие *интенсивных эмоций* - необходимый компонент аддиктивного поведения. Интенсивные эмоции сами по себе становятся ценностью, они дают переживания жизни, то есть того, что человек чувствует себя живым. Вне аддикции это чувство теряется, остаются серость, пустота, скука... Человек с аддиктивным поведением не чувствует себя полностью живым без объекта аддикции. Теряются наполненность и смысл жизни. Обращает на себя внимание

следующий феномен современного общества — стремление детей и подростков к ярким интенсивным эмоциям и переживаниям. Объяснение этому феномену кроется в особенностях восприятия, берущего основу в ощущениях, насыщенных сенсорными стимулами, в чрезвычайной скорости перемен современного текучего общества. По нашему мнению, огромное количество внешних стимулов определяют особенности реагирования ребенка на них. Звуки переполняют все пространство, с рождения ребенок погружен в их какофонию: постоянно работающий телевизор, компьютер, музыкальный центр, звуки машин на общем звуковом фоне повседневной жизни. Зрительный анализатор подвергается огромному разнообразию стимулов: цвета яркие, их огромное множество, мигание света, картинки, сменяющие друг друга, реклама. Растет количество запахов и вкусов. Искусственные ароматизаторы, вкусовые добавки призваны вызвать интерес у потребителя, привлекая необычностью и интенсивностью. Множество игрушек, сочетающих в себе всевозможные стимулы, аттракционы и сенсорные комнаты, сухие бассейны и лабиринты. Вся эта совокупность стимулов обрушивается на ребенка, активно внимающего внешнему миру, живо увлекающегося новым. Вот только ресурсы восприятия не бесконечны, и из-за гиперстимуляции тело снижает свою чувствительность, защищая от избытка воздействия, формируется телесная десенсибилизация, теряется способность улавливать оттенки ощущений, наслаждаться малым. Если обратиться к литературе XIX, да и XX веков, жизнь в которых не сопровождалась таким множеством стимулов, то описание природы, среды и переживаний литературных героев наполнены нюансами и оттенками, вызывающими резонанс у читателя. Именно эти страницы пропускает «нетерпеливая» современная молодежь, если находит в себе силы и интерес обратиться к классике. Эти оттенки переживаний им не знакомы, не понятны и скучны. Эти оттенки они не в состоянии уловить и в своей жизни, во взаимодействии с другими, ведь «инструмент» настроен на интенсивные стимулы. Экстремальные переживания современных детей и подростков, позволяют им почувствовать себя живыми. Такие переживания дают экстремальный спорт и ряд психоактивных веществ (ПАВ). Оберегать ребенка от излишней стимуляции, значит помочь ему сохранить способность к тонкой чувствительности и возможности наслаждения жизнью в ее малых проявлениях, создать противодействие интенсивности стремительно меняющейся реальности с ее множеством стимулов.

Каковы предпосылки возникновения аддикции, берущие начало в семейном взаимодействии? Начнем с того, что аддикции у ребенка быть не может. Это обусловлено процессом развития, возрастными особенностями. Для благополучия ребенка необходима здоровая привязанность. Иные способы контакта патологизируют становление его личности. Можно говорить, что ребенок в своем обретении границ и в способностях обхождения с ними имеет переходящий здоровый возрастной зависимый опыт контакта: «Мы» (слияние со средой), «Это» (намечающиеся границы, предписание побуждения среде), «Ты-я» (происходящее в отношениях зависит от Другого), «Я-ты» (все зависит от меня). Более подробно о типах зависимого опыта контакта мы писали ранее [2]. Быть с Другим, с точки зрения гештальт-подхода, является базовой потребностью, и при ее фруст-

рации, неудовлетворении организм погибает. С этой точки зрения, аддикция - это саморазрушающее, растянутое во времени суицидальное поведение.

Важным понятием в гештальт-терапии является понятие *саморегуляции* - это то, что присуще любому живому организму. Противоречие с внешней регуляцией определяет патологию [6]. Именно поэтому важной задачей семейного воспитания является поддержка саморегуляции ребенка. Основная профилактика возникновения аддиктивного поведения у ребенка - это «питающие» отношения с ближайшим окружением. Дадим определение таким отношениям: это достаточно хороший симбиоз диады матери и ребенка, в которой замечаются, признаются и удовлетворяются потребности ребенка, создаются условия для обретения им собственных границ и сепарации. В диаде удовлетворяются и потребности в материнстве (давать, заботиться, быть нежной). Питающие отношения - это и создание условий переносимой фрустрации, когда признанная потребность не удовлетворяется сразу, а признается и находится способ удовлетворения ее или отказ от ее удовлетворения в данной ситуации. Так ребенок приобретает навык в безопасной принимающей среде переживать негативные эмоции, связанные с неудовлетворенной потребностью, и управлять своими желаниями.

Первые годы жизни во многом будут определять риск обращения к миру предметов и веществ. Нередко сами родители самоустраиваются из значимого круга саморегуляции малыша. В чем нуждается малыш? В удовлетворении его потребностей, и его саморегуляция дает знать среде о фрустрированной потребности отрицательными эмоциями, которые он демонстрирует доступным ему способом. Что может снизить это напряжение? Конечно, в идеале это заботливая мама, беседующая с ним, отвлекающая его внимание на другой объект, обозначающая кратковременность неприятного события, утешающая его. Но, осваивая среду, ребенок и сам находит способ избежать дискомфорта (сосет палец, засыпает, раскачивается, мастурбирует, бьет себя...). Планшет и телефон, который родители дают ребенку, также становится средством снятия напряжения, утешения, исключая необходимость Другого. Это начало пути к аддикции, когда именно предмет становится более важным (и более эффективным), чем Другой. Планшет является «утешителем», и значимость контакта с реальным человеком падает. В формирующемся представлении о мире яркие эмоции и утешение связаны с миром предметов, но не людей.

Для формирования гибких и проницаемых границ ребенок должен быть в среде со взрослым, который сам обладает ясными, очерченными границами. Это необходимость правил и ограничений для ребенка, сохраняющих его жизнь и здоровье, принятие решений взрослыми, а не передача ответственности за них ребенку (такое раннее взросление представляет собой риск формирования зависимого опыта контакта по типу «Я-ты»). Постепенное предоставление пространства для расширяющихся границ ребенка при его взрослении необходимое условие для индивидуации. Нарушение этого процесса, излишнее давление извне - риск формирования «Ты-я» зависимого опыта контакта.

Современные репродуктивные технологии, достижения реанимации и выхаживания новорожденных с глубокой недоношенностью способствуют росту числа детей с повышенной нервно-психической возбудимостью, плохо регули-

рующих свои импульсы и возбуждение, что требует от родителей дополнительных способностей в уходе и взаимодействии с ними, а также особой воспитательной среды и обучения. Такие дети нуждаются в неизменной среде, стабильном и чутком присутствии Другого, готового откликнуться в любой момент на нужды ребенка. Становясь старше, такие дети требуют особой воспитательной среды, индивидуального подхода в обучении, дополнительного времени и специального ритма. Непереносимость интенсивных эмоциональных состояний побуждает таких детей искать способы его снижения в среде. Обнаружение каких-либо веществ и действий, снижающих это возбуждение, может стать причиной аддиктивного поведения, а затем и аддикции. Нередко аутоагрессивное поведение ребенка или подростка, например самопорезы, становится способом снятия труднопереносимого дискомфорта, что является знаком не только возможной аддикции, но и суицидального поведения.

Гештальт-терапия с такими детьми направлена на совместный поиск саморегуляции их эмоционального состояния. Это кропотливая работа требует терпения от психотерапевта и родителей. Ребенок еще не обладает опытом, знаниями, длительной временной перспективой. Катастрофизация - привычный способ восприятия ситуации ребенком.

В основе саморегуляции лежит самоощущение. По мнению детского гештальт-терапевта Виолетт Оклендер, контакт – это способность полного присутствия в конкретной ситуации и готовность использовать все стороны своего организма: ощущения, телесность, эмоции, интеллект [5]. Прикосновения, ощущения, запахи, звуки, вкус, виденье, способность издавать звуки, двигаться, произносить слова и т. д. - важные терапевтические составляющие, ведущие к открытию новых впечатлений и переживаний. Именно развитие этих базовых навыков позволяет ребенку лучше чувствовать себя, быть в контакте с собой и миром. Простые упражнения (например, классическое упражнение с апельсином В. Оклендер, когда дети рассматривают, трогают, нюхают, чистят, пробуют на вкус апельсин и делятся впечатлениями) с обсуждением полученного опыта восстанавливают утраченные или позабытые навыки. Любые игры по развитию сенсорной чувствительности могут быть использованы терапевтом. Возвращение ребенка в ситуацию, когда он получает колоссальное удовольствие от соприкосновения и оперирования с различными кинестетическими субстанциями, являет собой завершение прерванных процессов познания мира. Глина, песок, вода, — это те материалы, с которыми восторженно соприкасаются малыши. Возможность восполнить подобный опыт в кабинете терапевта несет неоспоримый лечебный эффект. Не менее важна свобода движений и выражения эмоций. Работа с телом начинается с работы с дыханием. Восстановление полноты дыхания, способности его регуляции, связь дыхания с переживаемыми эмоциями дает в руки ребенка способность осознанно контролировать и поддерживать свое ресурсное состояние. Надувание шаров, соревнование по полету перышков, игра с ватными шариками в «перекати поле» и многие другие игры дают возможность ребенку восстановить базовую функцию тела, закрепить навык саморегуляции, опирающийся на телесность.

Для подростков весьма важна способность регулировать свое эмоциональ-

ное состояние с помощью управляемого дыхания и расслабления мышц тела. Танцы, пантомима, подвижные игры, игры с элементами управления телесными функциями, театральные постановки, — все это терапевтические техники, направленные на восстановление самоощущения ребенка или подростка.

Укрепление самости продолжается с помощью работы по самоопределению, умению делать выбор, овладению навыками, осознанию проекций, определению границ, способности играть и использовать воображение, затрагивает темы контроля и власти, а также способности управлять агрессией. Это основные направления или векторы психотерапевтической работы, обозначенные В. Оклендер. В ее книгах заинтересованный читатель найдет много полезных техник и практик для работы с детьми. Мы же остановимся лишь на некоторых универсальных техниках, используемых в гештальт-терапии. Это, конечно, работа с проекцией. В проективных рисунках, играх, коллажах важно не просто, чтобы ребенок заметил похожесть представленной ситуации и своей жизни, но присвоил и нашел новый способ контактирования в ней. Это работа с дезинтеграцией, обретение отщепленных частей «Я». Целостное «Я» обязательно обнаружит новизну в приспособлении и совладании с ситуацией. В работе с детьми не важны интерпретации, но важно проживание и завершение прерванного процесса. В результате этого освобождается много энергии и находится новый способ разрешения сложности в развернувшейся ситуации. Проективные методики в ходе идентификации ребенка с проекцией дают возможность достичь этого эффекта. Игры, рисунки, лепка — основные способы разворачивания проекции.

Проекция может быть развернута и в контактной игре с терапевтом: принимая роль того или иного героя ребенок позволяет себе в гротескной и безопасной форме развернуть тот процесс, который он обычно останавливает в обычной жизни. Игры в полицейских и грабителей, учителя и ученика, врача и пациента нередко доставляют ребенку истинное удовольствие для проявления собственной агрессии. Многократное проигрывание агрессивных сюжетов снимает напряжение и позволяет ребенку не только замечать, но и управлять агрессивными импульсами, обнаружив различные способы в контакте с терапевтом.

Для иллюстрации приведу игру в локомотив 6-летнего ребенка, назовем его Миша, с трудностями регуляции своего эмоционального состояния. Родители жаловались на его высокую возбудимость, агрессивность, неусидчивость, эмоциональную неустойчивость. Все это выливалось в конфликты и ссоры как между ребенком и родителями, так и между самими родителями. В игре Миша становился локомотивом. Он намечал свой путь (ведь локомотив идет по рельсам), обозначал станции, мосты, тоннели и т. д. а затем начинал движение. Интересным был феномен развития игры. Через несколько повторений маршрута Миша начинал придумывать ситуации, которые «разгоняли» локомотив, он переставал останавливаться на станциях, увеличивал скорость, сбивал ограждения, которые встречались на его пути (их я предлагала ему). При этом он испытывал азарт и радость от собственной мощи. Играя свою роль, я начинала издавать махать ему флажком, сообщая о препятствиях (сломан мост, машина застряла на путях, разобраны рельсы, взрыв и т. д.). Порой локомотив сходил с рельс, порой взрывался, порой замедлял скорость. Эта игра повторялась вновь и

вновь, и в этом процессе Миша приобретал способность управлять собственной мощью. Параллельно мы говорили с родителями о тех трудностях, с которыми сталкиваются Миша и они. Родители могли присутствовать при игре и отмечать параллели в повседневном взаимодействии с ребенком, понимая необходимость «махать флажком» издалека и принимая факт того, что нужно время для останковки «локомотива». В эту игру они могли играть и дома. Так через контакт с собственной силой Миша научался управлять ей, привнося этот навык в повседневное взаимодействие.

Чем старше ребенок, тем больше появляется возможности включения когний для саморегуляции. Придание формы процессу с помощью слов, обозначение его, обращение к его смыслу (для чего, зачем, можно/нужно ли что-то изменить, как это можно сделать) – то, что является предметом обсуждения с терапевтом. Так, например, в беседе с Мишей мы называли его силу «мотором в 500 лошадиных сил», он смеялся, когда представлял как пятьсот лошадок вдруг взбесятся, и что нужно чтобы они не поранили друг друга и сами себя...

Предостережение. Обращаясь к средовым предпосылкам формирования зависимого, а затем и аддиктивного поведения все же не следует преувеличивать эту опасность и бездумно, а порой и агрессивно отталкивать ее. Нередко слышны высказывания, что виноваты компьютеры, телефоны, которые и вызывают зависимость. Это большое заблуждение, и говорить о существовании компьютерной зависимости не корректно. Для детей и подростков это средство развлечения: игры в команде заменились на он-лайн игры, общение во дворе или школе в переписку в контакте и инстаграмм, чтение книг в просмотр фильмов и еще многое-многое другое, что позволяют возможности гаджет-развлечений, за которыми мы, взрослые, не успеваем следить или не хотим этого делать. По мнению З. Баумана, родители и дети поменялись местами, дети живут в мире, неизвестном родителям, и могут им дать совет, как жить в этом мире. Интерес детей и подростков, увлеченных компьютером, расположен по ту сторону экрана, и взрослым важно поинтересоваться, в чем этот интерес, а не бездумно отмахиваться как от вредного (но неизбежного). Когда ребенок рассказывает об играх с друзьями, событиях в школе или секции взрослые спрашивают, интересуются, живо реагируют. Удивительно, но этого не происходит, когда ребенок «возвращается» от компьютера. Он не слышит вопросов, что он узнал, чему научился, чего достиг. Простое обсуждение с родителями вопроса о том, что нужно, что бы стать успешным игроком в одной из онлайн-игр, позволяет восстановить радость от общения в семье, разделить увлечения и привнести их в реальность. Формула, чтобы вернуть ребенка с улицы, надо выйти за ним на улицу, верна и в случае «выхода» в компьютерную реальность. Следует сделать шаг за ним, сказав тем самым ребенку, что он не безразличен, а не выбрасывать в окно средство, с помощью которого он получает ощущение жизни или регулирует себя. Предпочитая общение в «компьютере» общению со взрослыми и общению со сверстниками, подростки тем самым говорят, что живое общение не приносит им питающего удовольствия.

Вот несколько *рекомендаций по воспитанию и взаимодействию с ребенком*, которые позволят предупредить аддиктивное поведение, эти рекомендации

мы даем родителям [3].

1. Создавайте для ребенка щадящую среду, избегайте чрезмерной стимуляции, особенно это важно для детей с нервно-психическими особенностями, обучайте ребенка получать удовольствие от малых телесных ощущений, «ловите» вместе с ним оттенки ощущений, это возможно в среде с малым количеством стимулов, например на природе, за городом, в лесу и т. д. Помните, что спорт, танцы, хореография развивают телесные навыки, но не телесную чувствительность.

2. Замечайте удовольствие ребенка, которое он получает от взаимодействия с другими людьми, давайте ему знать об этом. Расспрашивайте о переживаниях, связанных с взаимоотношениями, поддерживайте, ищите совместно наилучшие формы взаимодействия. Радуйтесь, грустите, удивляйтесь вместе с ребенком.

3. Подчеркивайте важность процесса, не ставьте во главу угла только достижения, найдите баланс между участием и выигрышем.

4. Не бойтесь современных гаджетов, изучайте их возможности с ребенком, проявляйте живой интерес к тому, что занимает ребенка. Вредны не гаджеты, а замена ими живого общения.

5. В организации обучения следует вносить мероприятия, позволяющие выстраивать активное межличностное взаимодействие, направленное на достижение общей цели, важно уравновесить индивидуализм—коллективизм или, по-другому, автономию—принадлежность. Придумывайте совместные игры, любую другую деятельность, приносящую богатство совместных переживаний.

Аддиктивное поведение и аддикция подростков требуют дополнительно фокуса для профилактики, лечения и реабилитации. Современная теория гештальт-терапии рассматривает развитие аддикции как два типа травматического опыта. Первый тип представляет собой ответ на острую травму, иными словами, это способ совладания с ней. Именно этот тип аддикции, по нашему мнению, наиболее часто встречается у подростков и является более «благоприятным» в плане лечения. Второй тип травмы рассматривается итальянским гештальт-терапевтом Джузеппе Пинтусом как аддикция раннего возраста, при которой стремление к интенсивным чувствам вознаграждения является доминирующим, другие способы испытания удовольствия отходят на задний план, а навыки отношений остаются проблемными. Этот вид аддикции более часто ассоциирован с личностными расстройствами взрослых или с тем, что ранее носило название «патохарактерологического развития» у подростков [11]. Данное представление перекликается с нашим мнением о дефиците питающих отношений в семье и микросоциуме подростков, а также о десенсибилизации, свойственной современным детям и подросткам, как защите от чрезмерной внешней стимуляции.

Исходя из представления об аддикции как о травматическом опыте, мы рассматриваем два направления или подхода в его терапии. Следует подчеркнуть, что данные направления не исключают, а дополняют друг друга.

Итак, если аддиктивное поведение, это ответ на острую травму, то сразу встает вопрос, что может быть острой травмой в подростковом возрасте? Ответ кроется в возрастных особенностях и задачах развития этого периода. Основным и специфическим новообразованием этого возраста Л.С. Выготский считал чувство взрослости, под которым понимал возникающее представление о себе

«как уже не ребенку» [9]. Подросток не только начинает чувствовать себя взрослым, но стремится быть им, что проявляется во взглядах, оценках, в поведении и в отношениях с другими. Он также нуждается в признании себя взрослым со стороны окружения. Нередко понятие взрослости у подростков ассоциируется с возможностью нарушать запреты, которые предъявляются к детям. А это, как правило, возможность распоряжаться собой: своим временем, пространством, телом (иными словами, своими границами). Быть там, где он хочет, приходить тогда, когда захочет, быть с тем, с кем хочет, принимать то, что захочет, делать то, что считает нужным. Самое простое и доступное в этом представлении о взрослости оказываются: рискованное поведение, секс, пробы алкоголя и других ПАВ. И если вдруг при этом подросток испытывает удовольствие, которое значительно превышает удовольствие от иного общения и деятельности, то создаются условия для формирования аддикции. Особенно это опасно при пробах веществ с высоким аддитивным потенциалом.

Взрослость не наступает одномоментно, ее становление происходит посредством решения задач развития, каждая из которых требует напряженного труда подростка и поддержки со стороны его окружения. Сложности в их решении могут привести к «творческому приспособлению» – симптому аддитивного опыта. Именно поэтому помощь подростку в разрешении сложных ситуаций на пути становления взрослости и есть профилактика и лечение аддитивного поведения. В своей практической работе мы опираемся на следующие задачи развития в юности, выделенные в 1991 г. американским психологом Робертом Хэвигхерстом [7]:

1. Принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом. Проблемы внешнего вида, телесной привлекательности, косметические дефекты и т. д. становятся важными, а порой и травматичными событиями в жизни молодого человека.

2. Формирование новых, зрелых отношений со сверстниками обоего пола. Проблемы общения и принятия группой сверстников часто лежат в основе подростковых переживаний и драм.

3. Принятие мужской или женской роли. Современные гендерные проблемы нередко усугубляют решение этой задачи. Деликатность и честность в этом вопросе поможет подростку обрести полоролевую идентичность.

4. Достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых. Решение этой задачи - не только эмоциональное отдаление от родителей, но выстраивание эмоционально насыщенных отношений со сверстниками и другими взрослыми, поиск новой привязанности, а также обретение способности самостоятельно контейнировать свои интенсивные переживания.

5. Подготовка к трудовой деятельности. Это шаг в самостоятельность и независимость, к самодостаточности и самоуважению. Возможность применить свои силы, заработать карманные деньги и потратить их по своему усмотрению являются важными составляющими жизни подростка. Конфликты в этой области нередко могут служить травматичным событием.

6. Подготовка к вступлению в брак и к семейной жизни. Выбор партнера, становление отношений, разрывы и неудачи, — все это приобретение нередко болез-

ненного опыта, подготавливающего подростка к стабильным отношениям в паре.

7. Появление желания нести ответственность за себя и общество. Данная задача решается подростками путем участия в общественных движениях, политических партиях, активной гражданской позиции. Использование этой нормальной возрастной протестной реакции лежит в основе вовлечения подростков в различные «группы насилия» и терроризма.

8. Обретение системы ценностей и этических принципов, которыми можно руководствоваться в жизни. Становление норм и правил, которых следует придерживаться, важная задача взросления, невозможность их выбора или способности придерживаться их может быть острой травмой для подростка.

Все эти темы (болевы́е точки взросления) должны рассматриваться в диагностике и лечении аддиктивного поведения подростка, так как в каждой из них, могут скрываться неразрешимые трудности, определяя травматическое событие перехода во взрослую жизнь.

Как можно это делать? В беседе с подростком стоит затронуть все эти векторы, отмечая и поддерживая те процессы, которые будут происходить. Это похоже на структурированное интервью, диагностический опрос. С точки зрения гештальт-подхода, *симптом - это способ установить контакт для удовлетворения какой-то потребности*. Таким образом, и аддиктивное поведение (например, употребление ПАВ) рассматривается как попытка контактирования для удовлетворения фрустрированной потребности. И в этом контакте, как мы уже сказали, нет Другого (но для подростка этот Другой еще рядом, он доступен, есть возможности повернуться к нему).

«Разворот» к Другому (к миру людей) можно попытаться сделать через следующую проективную технику. Назовем ее «Послание». Попросите подростка написать 10 людей из его окружения, которые сейчас приходят ему в голову, и отложите этот список. Предложите подростку представить ситуацию, в которой он употребляет (пьет алкоголь, курит, нюхает, глотает ...). Далее вводите в эту ситуацию людей из списка, предлагая подростку озвучить, что он говорит своим поведением этому человеку. И тот процесс, который будет разворачиваться в контакте с терапевтом, поддержите. Конечно, эта техника возможна на этапе хорошего присоединения (контакта) с психотерапевтом, а не на первой встрече.

Пример. Терапевт (Т). Итак, ты сидишь с другом, пьешь алкоголь и куришь. Где это происходит?

Подросток (П). Обычно мы сидим у него дома, его родителей часто нет дома. Мы закрылись на кухне, там есть, что перекусить.

Т. Вы вдвоем?

П. Да, мы лучшие друзья. Можно поговорить, покурить, ну и выпить.

Т. Что там происходит с тобой?

П. Да ничего особенного, как обычно.

Т. Я не знаю «как обычно», расскажи.

П. Ну...мне нравится так сидеть.

Т. Что тебе нравится в этом?

П. Можно молчать или говорить о чем-то.

Т. Что ты переживаешь, когда молчишь или о чем-то говоришь с другом,

куришь, выпиваешь?

П. Ну мне спокойно, приятно...

Т. Тебе спокойно, приятно

П. Да, не надо ни о чем думать

Т. Итак я представила себе эту картинку. Два друга сидят, разговаривают, курят, выпивают.... приятно, спокойно. Представь, что это видит твой Учитель (он в середине списка подростка, а я, обычно, выбираю кого-то из середины в начале этой техники).

П. Учитель? Да мне пофиг на него (говорит, чуть повышая голос).

Т. О ... Мой учитель мне на тебя пофиг! (чуть усиливаю интонацию). Так?

П. Ну как то так. Мне вообще на всю учебу пофиг. Достали. (замечаю, что опять нет Другого)

Т. То есть твое послание учителям «вы меня достали». Так? (настаиваю на присутствии людей)

П. Ага (улыбается). Шли бы они все....

Т. Итак, *послание учителям идите...* А можешь сказать мне чуть больше, чем они достали или как они достали.

П. (смотрит в сторону) Так об этом даже говорить не хочется...

Т. Вижу..., а отчего не хочется говорить?

П. Да бесполезно все это, говорить.

Т. А...бесполезно....пробовал? (даю знать, что слышу его и побуждаю к обращению к Другому, поддерживая контактную функцию)

П. Пробовал. Не слушают.

Т. Я бы хотела услышать. Я хочу знать о том, что ты говорил, и как это стало бесполезным. Для меня это не бесполезно (даю знать, что есть Другой, кто интересуется им, кому говорить не бесполезно).

П. Да я конечно косячил...ну и всякое такое.

Т. Ты об этом тоже расскажешь, но сначала ты что-то говорил, но тебя не слышали (подросток уходит в переживание вины, а я не даю ему уйти в привычный способ совладания с ситуацией, когда его не слышат или игнорируют, стараюсь задержать его на контактной границе).

П. Ну... они всегда считали, что я какой-то не такой...

Т. Какой?

П. Ну... ленивый, дерзкий, агрессивный

Т. А ты?

П. Я? Я просто люблю, когда интересно, весело, а не эта нудятина на уроках... им вообще нет дела *до нас*, лишь бы *сидели* тихо, да уроки *делали* (слияние).

Т. Ага. Нет дела до вас... А как бы *ты* узнал, что *до тебя* есть дело? (разделяем слияние, которое указывает на фрустрацию базовой потребности в безопасности)

П. Ну спросили бы что-то! (говорит раздраженно).

Т. Когда до тебя нет дела, это бесит (обращаемся к интонации).

П. Теперь нет. Не видят, не знают, не достают...(тише и с оттенком грусти)

Т. Мне грустно.

П. (с удивлением) Почему?

Т. Грустно, когда не замечают, того, в чем ты нуждаешься.

П. Я привык, да и друг у меня есть... с ним хорошо.

Т. Конечно хорошо, когда есть друг, с которым можно и говорить, и молчать, и он слушает (базовая потребность быть замеченным и услышанным фрустрирована, контакт с ней определяет грусть, с которой подросток не готов встретиться. Общение с другом ресурсное. Не обсуждая употребление, обращаясь к актуальной ситуации. Далее можно продолжить исследовать отношения в школе, с учителями, или предложить еще человека из списка).

Опорой в работе с подростками остаются выделенные в 1973 году А.Е. Личко реакции подросткового возраста: эмансипации, группирования со сверстниками, реакция увлечения (хобби-реакция) и реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. «Избыточность» этих реакций как лакмусовая бумажка указывает на болевую точку периода развития. Внимание к ней, обсуждение с подростком его ситуации, поиск нового пути ее разрешения могут предотвратить обращение к «помогающим» веществам или аддиктивной деятельности. Обязательным условием является наличие принимающей среды, именно она становится ресурсом совладания. Отсутствие таковой в жизни подростка часто ведет к становлению аддикции второго типа, что требует больших затрат по ее коррекции.

Работа с окружением предполагает привлечение семьи и семейную психотерапию. К сожалению, в том случае, если семья социально неблагополучна, это практически невыполнимая задача. Оптимальным решением для такой ситуации было бы помещение подростка в принимающую среду, где он мог бы разрешить собственные трудности при помощи и поддержке со стороны других людей (как ровесников, так и взрослых).

Таким образом, профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия для подростков в большей мере должны строиться в помощи им в разрешении задач подросткового периода, а не в совладании с потреблением ПАВ. Они должны носить преимущественно воспитательный и обучающий характер, включающий в себя деятельность, свойственную подросткам и способствующую решению возрастных задач. Следует активно использовать современные компьютерные технологии и понятный молодым людям язык общения. При этом позиция взрослого должна быть принимающей: подросток должен почувствовать себя увиденным в его потребностях и способах их достижений без осуждения и нравоучений. Необходимо поддержать стремление подростка стать взрослым, но в тоже время самим взрослым необходимо четко оставаться в своих границах. Это «вторая сторона медали».

Под границами мы подразумеваем хорошо осознанную собственную телесность, эмоциональность/чувственность, когниции и установки, желания и потребности, поведение и ответственность. Границы требуют определенности и сохранения. Исходя из этого, становление взрослости можно обозначить как обретение собственных границ. Этот процесс возможен только рядом с ясными и понятными границами Другого, только так можно очертить и принять границы своей личности. Нормы, порядок и правила также необходимы подростку, как допустимая степень его свободы и ответственности за нее. Именно поэтому

работа с семьей подростка и микросоциальным окружением (прежде всего обучающей средой) должны быть составной частью реабилитации.

В превенции аддиктивного поведения, помимо ранее предложенных нами рекомендаций, считаем необходимым проведение обучающих тренингов в рамках школьного и дополнительного образования, работу с подростками группы риска, имеющих болевые точки взросления, при этом включать подростков, имеющих опыт употребления ПАВ в группу условно здоровых сверстников. Рекомендуется избегать объединения подростков с аддиктивным поведением в единую группу, но привнести инклюзивный подход в превентивную работу с ними.

Работа с родителями должна строиться в двух направлениях: повышение родительской компетенции и восстановление/поддержание гармоничного функционирования семьи. Следует также работать с обучающей средой, создавая условия принятия и поддержки на основе развития эмпатических способностей ее участников. В этом мы видим противодействие ослаблению привязанности, стабильности и поддержки свойственным текучему обществу современности.

В заключении еще раз подчеркнем: живое, наполненное разными переживаниями общение, приносящее удовольствие всем его участникам - лучшая профилактика ухода от реальности в аддикцию. Ключевые слова «всем участникам», а это значит, что взрослые, как и их дети, нуждаются в радости от взаимного общения, наполненного интересом и создающим новизну. Построение реальности, в которой комфортно находиться, это взаимный процесс, однако большая ответственность за его качество лежит на взрослых - родителях, воспитателях, педагогах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бауман З. Текучая современность / пер. С.А. Комарова; под ред. Ю.В. Асочакова. СПб.: Питер, 2008. 240 с.
2. Городнова М.Ю. Аддикция, зависимость и созависимость: феноменология опыта контакта и психотерапия // Вопросы наркологии. 2017. № 8 (156). С. 100-103.
3. Городнова М.Ю., Кокоренко В.Л., Коломиец И.Л., Маргошина И.Ю. Подростковая превентология. Часть 1: учебное пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. 88 с.
4. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб. / Росстат. М., 2019. 170 с.
5. Оклендер В. Скрытые сокровища: путеводитель по внутреннему миру ребенка. Пер. с англ. М.: Когито- Центр, 2012. 271 с.
6. Перлз Ф. Гештальт-семинары – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2010. 336 с.
7. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового и юношеского возраста. СПб.: Питер, 2012. 816 с.
8. Спаниоло Лобб М. Now-for-next в психотерапии. Гештальт-терапия, рассказанная в обществе эпохи постмодернизма / Пер. с итал. М.: Московский Гештальт Институт, 2014. 378 с.
9. Шаповаленко И.В. Возрастная психология. М.: Гардарика, 2007. 352 с.
10. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология [Электронный ресурс]: <https://coollib.com/b/431882/read> (Дата обращения:

02.04.2020).

REFERENCES

1. Bauman Z. Tekuchaja sovremennost' / per. S.A. Komarova; pod red. Ju.V. Asochakova. SPb.: Piter, 2008. 240 s.
2. Gorodnova M.Ju. Addikcija, zavisimost' i sozavisimost': fenomenologija opyta kontakta i psihoterapija // Voprosy narkologii. 2017. № 8 (156). S. 100-103.
3. Gorodnova M.Ju., Kokorenko V.L., Kolomic I.L., Margoshina I.Ju. Podrostkovaja preventologija. Chast' 1: uchebnoe posobie. SPb.: Izd-vo SZGMU im. I.I. Mechnikova, 2017. 88 s.
4. Zdravoohranenie v Rossii. 2019: Stat.sb. / Rosstat. M., 2019. 170 s.
5. Oklender V. Skrytye sokrovishha: putevoditel' po vnutrennemu miru rebenka. Per. s angl. M.: Kogito- Centr, 2012. 271 s.
6. Perlz F. Geshtal't-seminary – M.: Institut Obshhegumanitarnyh issledovanij, 2010. 336 s.
7. Rajs F., Doldzhin K. Psihologija podrostkovo i junosheskogo vozrasta. SPb.: Piter, 2012. 816 s.
8. Spaniolo Lobb M. Now-for-next v psihoterapii. Geshtal't-terapija, rasskazannaja v obshhestve jepohi postmodernizma / Per. s ital. M.: Moskovskij Geshtal't Institut, 2014. 378 s.
9. Shapovalenko I.V. Vozrastnaja psihologija. M.: Gardarika, 2007. 352 s.
10. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Psihosocial'naja addiktologija [Elektronnyj resurs]: <https://coollib.com/b/431882/read> (Data obrashhenija:
11. Pintus G., Tempo e relazionenelvissutodipendente. Percorsi ermeneutici e clinici, in Menditto M. (a cura di), Psicoterapiadella Gestalt contemporanea. Esperienze e strumenti a confronto, FrancoAngeli, Milano. – 2011, P. 203-210.

M.Yu. Gorodnova

GESTALT APPROACH IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF ADDICTIVE AND DEPENDENT BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (LECTURE)

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary. The lecture examines the issues of addictive and dependent behavior in children and adolescents from the point of view of the theory of Gestalt therapy. The mechanisms of family interaction predisposing to its formation are shown. The author offers a terminology based on the concepts of contact, borders, parallel processes, and relations with Another in the chosen psychotherapeutic paradigm. Approaches to prevention and directions of psychotherapeutic intervention of addictions and dependent behavior in children and adolescents are proposed. The lecture is illustrated with examples of work and comments on them.

Keywords: addiction, Gestalt therapy, children, teenagers.

А.Н. Фоменко, С.В. Гречаный

**НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В АСПЕКТЕ СОХРАНЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
(ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)¹**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет (Санкт-Петербург).

Резюме: Лечение послеродовых депрессивных (аффективных) расстройств традиционно сопряжено с рядом объективных трудностей, которые определяют низкий уровень обращаемости пациенток за специализированной психиатрической помощью и их некомплаентность. Биологические и психосоциальные изменения, которые происходят у женщины после родов, обязанности по уходу и воспитанию детей создают условия, влияющие на эффективность фармакологических вмешательств. Это обстоятельство побуждает к активному поиску немедикаментозных способов лечения аффективных послеродовых расстройств. В настоящее время одним из наиболее распространенных и изученных методов является психотерапевтическое вмешательство. Кроме того, активно используются психосоциальная интервенция, нормализация сна, физические упражнения, светотерапия, диетотерапия (омега-3 жирные кислоты, фолаты, S-аденозилметионин). Преимущества и недостатки данных методов рассмотрены в обзоре.

Ключевые слова: послеродовые аффективные расстройства, тревожные и депрессивные расстройства у беременных, послеродовая депрессия и тревога, психотерапия и психосоциальная интервенция при послеродовой депрессии.

Заключение. В завершение обзора следует сказать, что для сохранения психического здоровья в послеродовом периоде идеальными для женщины являются условия, приближенные к естественной среде обитания человека, что включает в себя грудное вскармливание, оптимальный эмоциональный и тактильный контакт с младенцем, поддержку близких, разнообразный рацион питания, достаточная физическая нагрузка, освещенность и сон.

Необходимо еще раз отметить, что послеродовые психические (аффективные) расстройства непсихотического уровня представляют собой состояния, при которых психиатрическая курация и традиционная антидепрессивная терапия сопряжены с целым рядом трудностей и ограничений, что открывает широкие возможности для немедикаментозных методов. В настоящее время в литературе нет четкой грани, разграничивающей пациенток, которым было бы однозначно рекомендовано медикаментозное, либо немедикаментозное лечение. Исключение составляют депрессивные эпизоды тяжелой степени и хронические аффективные расстройства. Можно с уверенностью сказать, что немедикаментозные методы должны активно применяться в качестве дополнительных средств при терапии неглубоких депрессивных и тревожных расстройств во время беременности и в послеродовой период, причем удельный вес их должен быть значительным.

¹Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 1.

В качестве самостоятельных методов указанные средства целесообразно использовать для профилактики развития большой послеродовой депрессии у женщин из группы риска. Конкретные стандарты лечения, как и алгоритмы диагностики послеродовых психических расстройств в настоящее время в РФ активно разрабатываются.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Ahokas A. et al. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: Successful treatment with sublingual physiologic 17 β -estradiol: A preliminary study // The Journal of clinical psychiatry. – 2003. – V. 62. – P. 332-336.
2. Alpert M., Silva R. R., Pouget E. R. Prediction of treatment response in geriatric depression from baseline folate level: interaction with an SSRI or a tricyclic antidepressant // Journal of clinical psychopharmacology. – 2003. – V. 23. – №. 3. – P. 309-313.
3. Ammerman R. T. et al. Predictors of treatment response in depressed mothers receiving in-home cognitive-behavioral therapy and concurrent home visiting // Behavior modification. – 2012. – V. 36. – №. 4. – P. 462-481.
4. Arbabi L. et al. Antidepressant-like effects of omega-3 fatty acids in postpartum model of depression in rats // Behavioural brain research. – 2014. – Vol. 271. – P. 65-71.
5. Armstrong K., Edwards H. The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: a pilot randomized controlled trial // International journal of mental health nursing. – 2003. – V. 12. – №. 2. – P. 130-138.
6. Association A.P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) / A.P. Association, 2013.
7. Baer R. A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review // Clinical psychology: Science and practice. – 2003. – V. 10. – №. 2. – P. 125-143.
8. Bigelow A. et al. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress // Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. – 2012. – V. 41. – №. 3. – P. 369-382.
9. Bledsoe S. E., Grote N. K. Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis // Research on Social Work Practice. – 2006. – V. 16. – №. 2. – P. 109-120.
10. Bleiberg K. L., Markowitz J. C. Interpersonal psychotherapy for depression // Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. – 2008. – P. 306-327.
11. Bloch M., Daly R. C., Rubinow D. R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression // Comprehensive psychiatry. – 2003. – V. 44. – №. 3. – P. 234-246.
12. Cerutti R. et al. Psychological distress during puerperium: a novel therapeutic approach using S-adenosylmethionine // Current therapeutic research. – 1993. – V. 53. – №. 6. – P. 707-716.
13. Chabrol H. et al. Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers // Journal of Reproductive and Infant Psychology. – 2004. – V. 22. – №. 1. – P. 5-12.
14. Charlton R. A. et al. Selective serotonin reuptake inhibitor prescribing before,

during and after pregnancy: a population-based study in six European regions // BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2015. – V. 122. – №. 7. – P. 1010-1020.

15. Chaudron L. H. et al. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits // Pediatrics. – 2004. – V. 113. – №. 3. – P. 551-558.

16. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis // Psychiatry research. – 2011. – V. 187. – №. 3. – P. 441-453.

17. Chong M. F. F. et al. Relationships of maternal folate and vitamin B12 status during pregnancy with perinatal depression: The GUSTO study // Journal of psychiatric research. – 2014. – V. 55. – P. 110-116.

18. Cohen L. S. et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment // Jama. – 2006. – V. 295. – №. 5. – P. 499-507.

19. Cooper W. O. et al. Increasing use of antidepressants in pregnancy // American journal of obstetrics and gynecology. – 2007. – V. 196. – №. 6. – P. 544.

20. Coppen A., Bailey J. Enhancement of the antidepressant action of fluoxetine by folic acid: a randomised, placebo controlled trial // Journal of affective disorders. – 2000. – V. 60. – №. 2. – P. 121-130.

21. Corral M. et al. Morning light therapy for postpartum depression // Archives of women's mental health. – 2007. – V. 10. – №. 5. – P. 221-224.

22. Couto T. C. et al. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved // World journal of psychiatry. – 2015. – V. 5. – №. 1. – P. 103-111.

23. Crescenzo De F. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for postpartum depression (PPD): a systematic review of randomized clinical trials // Journal of Affective Disorders. – 2014. – V. 152. – P. 39-44.

24. Cuijpers P. et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies // FOCUS. – 2010. – V. 8. – №. 1. – P. 72-75.

25. Daley A. J. et al. A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a facilitated exercise intervention as a treatment for postnatal depression: the PAM-PeRS trial // Psychological medicine. – 2015. – V. 45. – №. 11. – P. 2413-2425.

26. Darcy J. M. et al. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life // The Journal of the American Board of Family Medicine. – 2011. – V. 24. – №. 3. – P. 249-257.

27. Deligiannidis K. M., Freeman M. P. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression // Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2014. – V. 28. – №. 1. – P. 85-95.

28. Deligiannidis K. M. et al. GABAergic neuroactive steroids and resting-state functional connectivity in postpartum depression: a preliminary study // Journal of psychiatric research. – 2013. – V. 47. – №. 6. – P. 816-828.

29. Dennis C. L., Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – №. 7.

30. Dennis C. L., Hodnett E. D. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression // Cochrane database of systematic reviews. – 2007. – №.

4.

31. Dennis C. L., Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology // *Birth*. – 2005. – V. 32. – №. 3. – P. 187-193.

32. Dennis C. L., Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression // *The Cochrane Library*. – 2013. – №. 2. – P. CD001134.

33. Dias C. C., Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature // *Journal of affective disorders*. – 2015. – V. 171. – P. 142-154.

34. Dimidjian S. et al. Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2016. – V. 84. – №. 2. – P. 134-142.

35. Dørheim S. K. et al. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study // *Sleep*. – 2009. – V. 32. – №. 7. – P. 847-855.

36. Dunn A. L. et al. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response // *American journal of preventive medicine*. – 2005. – V. 28. – №. 1. – P. 1-8.

37. Dunn C. et al. Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period // *Archives of Women's Mental Health*. – 2012. – V. 15. – №. 2. – P. 139-143.

38. Eberhard-Gran M., Eskild A., Opjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation // *CNS drugs*. – 2006. – V. 20. – №. 3. – P. 187-198.

39. Epperson C. N. et al. Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: preliminary findings // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2004. – V. 65. – №. 3. – P. 421-425.

40. Essex M. J. et al. Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – V. 179. – №. 2. – P. 151-156.

41. Feijó L. et al. Mothers' depressed mood and anxiety levels are reduced after massaging their preterm infants // *Infant Behavior and Development*. – 2006. – V. 29. – №. 3. – P. 476-480.

42. Feldman R. et al. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2009. – V. 48. – №. 9. – P. 919-927.

43. Ferber S. G., Feldman R., Makhoul I. R. The development of maternal touch across the first year of life // *Early Human Development*. – 2008. – V. 84. – №. 6. – P. 363-370.

44. Field T. et al. Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy // *International Journal of Neuroscience*. – 2005. – V. 115. – №. 10. – P. 1397-1413.

45. Field T. et al. Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women // *Journal of bodywork and movement therapies*. – 2009. – V. 13. – №. 4. – P. 297-303.

-
46. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review // *Infant Behavior and Development*. – 2010. – V. 33. – № 1. – P. 1-6.
47. Figueiredo B., Canário C., Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression // *Psychological medicine*. – 2014. – V. 44. – №. 5. – P. 927-936.
48. Fihrer I., McMahon C. A., Taylor A. J. The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years // *Journal of Affective Disorders*. – 2009. – V. 119. – №. 1-3. – P. 116-123.
49. Fiorelli M. et al. Magnetic resonance imaging studies of postpartum depression: an overview // *Behavioural neurology*. – 2015. – V. 2015. – P. 1-7
50. Flykt M. et al. Maternal depression and dyadic interaction: the role of maternal attachment style // *Infant and Child Development*. – 2010. – V. 19. – №. 5. – P. 530-550.
51. Forray A. et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. – 2009. – V. 22. – №. 6. – P. 522-527.
52. Freeman M. P. et al. Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry // *Journal of clinical psychiatry*. – 2006. – V. 67. – №. 12. – P. 1954-1967.
53. Gemmel M. et al. Gestational stress and fluoxetine treatment differentially affect plasticity, methylation and serotonin levels in the PFC and hippocampus of rat dams // *Neuroscience*. – 2016. – V. 327. – P. 32-43.
54. Gemmel M. et al. Developmental fluoxetine and prenatal stress effects on serotonin, dopamine, and synaptophysin density in the PFC and hippocampus of offspring at weaning // *Developmental psychobiology*. – 2016. – V. 58. – №. 3. – P. 315-327.
55. Gentile S. Selective serotonin reuptake inhibitor exposure during early pregnancy and the risk of birth defects // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2011. – V. 123. – №. 4. – P. 266-275.
56. Gjerdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants // *The Journal of the American Board of Family Practice*. – 2003. – V. 16. – №. 5. – P. 372-382.
57. Glover M., Clinton S. Of rodents and humans: A comparative review of the neurobehavioral effects of early life SSRI exposure in preclinical and clinical research // *International Journal of Developmental Neuroscience*. 2016. (51). C. 50–72.
58. Golden R. N. et al. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – V. 162. – №. 4. – P. 656-662.
59. Gotlib I. H. et al. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery // *Journal of abnormal psychology*. – 1991. – V. 100. – №. 2. – P. 122-132.
60. Goyal D., Gay C., Lee K. Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum // *Archives of women's mental health*. – 2009. – V. 12. – №. 4. – P. 229-237.
61. Gress-Smith J. L. et al. Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants //
-

Maternal and child health journal. – 2012. – V. 16. – №. 4. – P. 887-893.

62. Grote N. K. et al. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression // *Psychiatric Services*. – 2009. – V. 60. – №. 3. – P. 313-321.

63. Gutiérrez-Zotes A. et al. Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach // *European Psychiatry*. – 2015. – V. 30. – №. 6. – P. 701-708.

64. Gyurak A. et al. Frontoparietal activation during response inhibition predicts remission to antidepressants in patients with major depression // *Biological psychiatry*. – 2016. – V. 79. – №. 4. – P. 274-281.

65. Haim A. et al. The effects of gestational stress and Selective Serotonin reuptake inhibitor antidepressant treatment on structural plasticity in the postpartum brain—A translational model for postpartum depression // *Hormones and behavior*. – 2016. – V. 77. – P. 124-131.

66. Heh S. S. et al. Effectiveness of an exercise support program in reducing the severity of postnatal depression in Taiwanese women // *Birth*. – 2008. – V. 35. – №. 1. – P. 60-65.

67. Heinrichs M. et al. Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women // *The journal of clinical endocrinology & metabolism*. – 2001. – V. 86. – №. 10. – P. 4798-4804.

68. Hendrick V. et al. Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment // *Depression and anxiety*. – 2000. – V. 11. – №. 2. – P. 66-72.

69. Herrera E., Reissland N., Shepherd J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period // *Journal of Affective Disorders*. – 2004. – V. 81. – №. 1. – P. 29-39.

70. Hibbeln J. R. et al. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): an observational cohort study // *The Lancet*. – 2007. – V. 369. – №. 9561. – P. 578-585.

71. Hickman S., LeVine D. Postpartum disorders and the law / S. Hickman, D. LeVine, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992. 282-295 pp.

72. Howard L. M., Challacombe F. Effective treatment of postnatal depression is associated with normal child development // *The Lancet Psychiatry*. – 2018. – V. 5. – №. 2. – P. 95-97.

73. Howard L. M., Piot P., Stein A. No health without perinatal mental health // *The Lancet*. – 2014. – V. 384. – №. 9956. – P. 1723-1724.

74. Ikeda M., Hayashi M., Kamibeppu K. The relationship between attachment style and postpartum depression // *Attachment & human development*. – 2014. – V. 16. – №. 6. – P. 557-572.

75. Kammerer M., Taylor A., Glover V. The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis // *Archives of women's mental health*. – 2006. – V. 9. – №. 4. – P. 187-196.

76. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health // *International Breastfeeding Journal*. – 2007. – V. 2. – №. 1. – P. 6.

-
77. Kendrick T. et al. A longitudinal study of blood folate levels and depressive symptoms among young women in the Southampton Women's Survey // *Journal of Epidemiology & Community Health*. – 2008. – V. 62. – №. 11. – P. 966-972.
78. Kim D. R. et al. A survey of patient acceptability of repetitive transcranial magnetic stimulation (TMS) during pregnancy // *Journal of affective disorders*. – 2011. – V. 129. – №. 1-3. – P. 385-390.
79. Kim D. R. et al. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update // *Expert opinion on pharmacotherapy*. – 2014. – V. 15. – №. 9. – P. 1223-1234.
80. Kornstein S. G. et al. The influence of menopausal status and postmenopausal use of hormone therapy on presentation of major depression in women // *Menopause (New York, NY)*. – 2010. – V. 17. – №. 4. – P. 828-839.
81. Krogh J. et al. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2011. – V. 72. – №. 4. – P. 529.
82. Kuzela A. L., Stifter C. A., Worobey J. Breastfeeding and mother-infant interactions // *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. – 1990. – V. 8. – №. 3. – P. 185-194.
83. Lawlor D. A., Hopker S. W. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials // *Bmj*. – 2001. – V. 322. – №. 7289. – P. 763-767.
84. Lawson A. et al. The relationship between sleep and postpartum mental disorders: a systematic review // *Journal of Affective Disorders*. – 2015. – V. 176. – P. 65-77.
85. Levkovitz Y. et al. Effects of S-adenosylmethionine augmentation of serotonin-reuptake inhibitor antidepressants on cognitive symptoms of major depressive disorder // *Journal of affective disorders*. – 2012. – V. 136. – №. 3. – P. 1174-1178.
86. Liberto T. L. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review // *Journal of Pediatric Health Care*. – 2012. – V. 26. – №. 2. – P. 109-117.
87. Lieshout Van R. J. et al. Evaluating the effectiveness of a brief group cognitive behavioural therapy intervention for perinatal depression // *Archives of women's mental health*. – 2017. – V. 20. – №. 1. – P. 225-228.
88. Linden D. E. J. How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging // *Molecular psychiatry*. – 2006. – V. 11. – №. 6. – P. 528-538.
89. Lonstein J. S., Lévy F., Fleming A. S. Common and divergent psychobiological mechanisms underlying maternal behaviors in non-human and human mammals // *Hormones and Behavior*. – 2015. – V. 73. – P. 156-185.
90. Lonstein J. S. et al. Emotion and mood adaptations in the peripartum female: complementary contributions of GABA and oxytocin // *Journal of neuroendocrinology*. – 2014. – V. 26. – №. 10. – P. 649-664.
91. MacQueen G. M. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. special populations: youth, women, and the elderly // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2016. – V. 61. – №. 9. – P. 588-603.
92. Malm H. et al. Gestational exposure to selective serotonin reuptake inhibitors
-

and offspring psychiatric disorders: a national register-based study // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2016. – V. 55. – №. 5. – P. 359-366.

93. Marchesi C. et al. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – V. 190. – P. 543-550.

94. Markhus M. W. et al. Low omega-3 index in pregnancy is a possible biological risk factor for postpartum depression // *PloS one*. – 2013. – V. 8. – №. 7. – P. e67617.

95. Mazzucchelli T., Kane R., Rees C. Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2009. – V. 16. – №. 4. – P. 383-411.

96. McDonagh M. S. et al. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis // *Obstetrics & Gynecology*. – 2014. – V. 124. – №. 3. – P. 526-534.

97. McGregor J. A. et al. The Omega-3 Story:: Nutritional Prevention of Preterm Birth and Other Adverse Pregnancy Outcomes // *Obstetrical & gynecological survey*. – 2001. – V. 56. – №. 5. – P. S1-S13.

98. Miklowitz D. J. et al. Mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women with depression or bipolar spectrum disorder // *Cognitive Therapy and Research*. – 2015. – V. 39. – №. 5. – P. 590-600.

99. Miller B. J. et al. Dietary supplements for preventing postnatal depression // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2013. – №. 10. – P. CD009104.

100. Miller S. M. et al. GABAA receptor antagonism in the ventrocaudal periaqueductal gray increases anxiety in the anxiety-resistant postpartum rat // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 2010. – V. 95. – №. 4. – P. 457-465.

101. Miyake Y. et al. Dietary folate and vitamins B12, B6, and B2 intake and the risk of postpartum depression in Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study // *Journal of Affective Disorders*. – 2006. – V. 96. – №. 1-2. – P. 133-138.

102. Molyneaux E., Trevillion K., Howard L. M. Antidepressant treatment for postnatal depression // *Jama*. – 2015. – V. 313. – №. 19. – P. 1965-1966.

103. Moses-Kolko E. L. et al. Serotonin 1A receptor reductions in postpartum depression: a positron emission tomography study // *Fertility and sterility*. – 2008. – V. 89. – №. 3. – P. 685-692.

104. Moses-Kolko E. L. et al. In search of neural endophenotypes of postpartum psychopathology and disrupted maternal caregiving // *Journal of neuroendocrinology*. – 2014. – V. 26. – №. 10. – P. 665-684.

105. Mota-Pereira J. et al. Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder // *Journal of psychiatric research*. – 2011. – V. 45. – №. 8. – P. 1005-1011.

106. Muzik M. et al. Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers // *Archives of women's mental health*. – 2015. – V. 18. – №. 3. – P. 507-521.

107. Myers S., Johns S. E. Postnatal depression is associated with detrimental life-long and multi-generational impacts on relationship quality // *Peer J*. – 2018. – V. 6. – P. 4305.

108. Naysmith C. et al. Development and outcomes of a therapeutic group for

women with postnatal depression // *Community Practitioner*. – 2015. – V. 88. – №. 3. – P. 35–38.

109. Nemets B., Stahl Z., Belmaker R. H. Addition of omega-3 fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder // *American Journal of Psychiatry*. – 2002. – V. 159. – №. 3. – P. 477-479.

110. Nguyen P. H. et al. Micronutrient supplementation may reduce symptoms of depression in Guatemalan women // *Archivos latinoamericanos de nutricion*. – 2009. – V. 59. – №. 3. – P. 278-286.

111. Norman E. et al. An exercise and education program improves well-being of new mothers: a randomized controlled trial // *Physical Therapy*. – 2010. – V. 90. – №. 3. – P. 348-355.

112. O'Keane V., Marsh M. S. Pregnancy plus: depression during pregnancy // *BMJ: British Medical Journal*. – 2007. – V. 334. – №. 7601. – P. 1003-1005.

113. Oates J. et al. The impact of patient-centered care on outcomes // *Journal of family practice*. – 2000. – V. 49. – №. 9. – P. 796-804.

114. Oberlander T. F. et al. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data // *Archives of general psychiatry*. – 2006. – V. 63. – №. 8. – P. 898-906.

115. Oberlander T. F., Gingrich J. A., Ansorge M. S. Sustained neurobehavioral effects of exposure to SSRI antidepressants during development: molecular to clinical evidence // *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. – 2009. – V. 86. – №. 6. – P. 672-677.

116. Ohoka H. et al. Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant–mother attachment // *Psychiatry and clinical neurosciences*. – 2014. – V. 68. – №. 8. – P. 631-639.

117. Oren D. A. et al. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression // *American journal of Psychiatry*. – 2002. – V. 159. – №. 4. – P. 666-669.

118. Pae C. U. et al. Effectiveness of antidepressant treatments in pre-menopausal versus post-menopausal women: a pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects // *Biomedicine & Pharmacotherapy*. – 2009. – V. 63. – №. 3. – P. 228-235.

119. Papakostas G. I. et al. Serum folate, vitamin B12, and homocysteine in major depressive disorder, Part 1: predictors of clinical response in fluoxetine-resistant depression // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2004. – V. 65. – №. 8. – P. 1090-1095.

120. Papakostas G. I. et al. S-adenosyl methionine (SAME) augmentation of serotonin reuptake inhibitors for antidepressant nonresponders with major depressive disorder: a double-blind, randomized clinical trial // *American Journal of Psychiatry*. – 2010. – V. 167. – №. 8. – P. 942-948.

121. Papakostas G. I. et al. L-methylfolate as adjunctive therapy for SSRI-resistant major depression: results of two randomized, double-blind, parallel-sequential trials // *American Journal of Psychiatry*. – 2012. – V. 169. – №. 12. – P. 1267-1274.

122. Parikh S. V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. psychological treatments // *The Canadian Journal of Psychiatry*. –

2016. – V. 61. – №. 9. – P. 524-539.

123. Pawlby S. et al. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study // *Journal of affective disorders*. – 2009. – V. 113. – №. 3. – P. 236-243.

124. Pawluski J. L. Perinatal selective serotonin reuptake inhibitor exposure: impact on brain development and neural plasticity // *Neuroendocrinology*. – 2012. – V. 95. – №. 1. – P. 39-46.

125. Pawluski J. L. et al. Chronic fluoxetine treatment and maternal adversity differentially alter neurobehavioral outcomes in the rat dam // *Behavioural brain research*. – 2012. – V. 228. – №. 1. – P. 159-168.

126. Peel D. Infanticide happens when no real mental health care exists // *Texas medicine*. – 2001. – V. 97. – №. 9. – P. 15-17.

127. Piteo A. M. et al. Postnatal depression mediates the relationship between infant and maternal sleep disruption and family dysfunction // *Early human development*. – 2013. – V. 89. – №. 2. – P. 69-74.

128. Pugh N. E., Hadjistavropoulos H. D., Dirkse D. A randomised controlled trial of therapist-assisted, Internet-delivered cognitive behavior therapy for women with maternal depression // *PLoS One*. – 2016. – V. 11. – №. 3. – P. e0149-186.

129. Rechenberg K., Humphries D. Nutritional interventions in depression and perinatal depression // *The Yale journal of biology and medicine*. – 2013. – V. 86. – №. 2. – P. 127-137.

130. Roca A. et al. Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder // *Journal of affective disorders*. – 2013. – V. 150. – №. 3. – P. 807-813.

131. Rojas G. et al. Caracterización de madres deprimidas en el posparto // *Revista médica de Chile*. – 2010. – V. 138. – №. 5. – P. 536-542.

132. Rowe H., Baker T., Hale T. W. Maternal medication, drug use, and breastfeeding // *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. – 2015. – V. 24. – №. 1. – P. 1-20.

133. Salehi F. et al. Comparison of group cognitive behavioral therapy and interactive lectures in reducing anxiety during pregnancy: A quasi experimental trial // *Medicine*. – 2016. – V. 95. – №. 43. – P. e5224.

134. Sanger C. et al. Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review // *Archives of women's mental health*. – 2015. – V. 18. – №. 2. – P. 147-162.

135. Schore A. N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health // *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*. – 2001. – V. 22. – №. 1-2. – P. 7-66.

136. Sharma V., Sommerdyk C. Are antidepressants effective in the treatment of postpartum depression? A systematic review // *The primary care companion for CNS disorders*. – 2013. – V. 15. – №. 6. – P. 15-29.

137. Shulman B. et al. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety // *Journal of affective disorders*. – 2018. – V. 235. – P. 61-67.

138. Silveira M. L. et al. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature // Archives of women's mental health. – 2015. – V. 18. – №. 3. – P. 409-421.
139. Sit D. et al. Light therapy for bipolar disorder: a case series in women // Bipolar disorders. – 2007. – V. 9. – №. 8. – P. 918-927.
140. Sockol L. E. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression // Journal of Affective Disorders. – 2015. – V. 177. – P. 7-21.
141. Sockol L. E., Epperson C. N., Barber J. P. A meta-analysis of treatments for perinatal depression // Clinical psychology review. – 2011. – V. 31. – №. 5. – P. 839-849.
142. Stein A. et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child // The Lancet. – 2014. – V. 384. – №. 9956. – P. 1800-1819.
143. Stein A. et al. Mitigating the effect of persistent postnatal depression on child outcomes through an intervention to treat depression and improve parenting: a randomised controlled trial // The Lancet Psychiatry. – 2018. – V. 5. – №. 2. – P. 134-144.
144. Stern J. M. Care in Norway Rats // Parental care: Evolution, mechanisms, and adaptive significance. – 1996. – V. 25. – P. 243-294.
145. Stewart D. E., Vigod S. Postpartum depression // New England Journal of Medicine. – 2016. – V. 375. – №. 22. – P. 2177-2186.
146. Strawbridge W. J. et al. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults // American journal of epidemiology. – 2002. – V. 156. – №. 4. – P. 328-334.
147. Su K. P. et al. Omega-3 fatty acids in major depressive disorder: a preliminary double-blind, placebo-controlled trial // European Neuropsychopharmacology. – 2003. – V. 13. – №. 4. – P. 267-271.
148. Tandon S. D. et al. Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial // Journal of consulting and clinical psychology. – 2011. – V. 79. – №. 5. – P. 707-712.
149. Thase M. E. et al. Relative antidepressant efficacy of venlafaxine and SSRIs: sex-age interactions // Journal of women's health. – 2005. – V. 14. – №. 7. – P. 609-616.
150. Umylny P., German M., Lantiere A. Treating postpartum mood and anxiety disorders in primary care pediatrics // Current problems in pediatric and adolescent health care. – 2017. – V. 47. – №. 10. – P. 254-266.
151. Velden van der A. M. et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder // Clinical psychology review. – 2015. – V. 37. – P. 26-39.
152. Verbeek T. et al. Postpartum depression predicts offspring mental health problems in adolescence independently of parental lifetime psychopathology // Journal of affective disorders. – 2012. – V. 136. – №. 3. – P. 948-956.
153. Vesga-Lopez O. et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States // Archives of general psychiatry. – 2008. – V. 65. – №. 7. – P. 805-815.
154. Vieten C., Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study // Archives of women's mental health. – 2008. – V. 11. – №. 1. – P. 67-74.

155. Watanabe H. et al. Impact of dietary folate intake on depressive symptoms in young women of reproductive age // Journal of Midwifery & Women's Health. – 2012. – V. 57. – №. 1. – P. 43-48.
156. Wirz-Justice A. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of light therapy for antepartum depression // The Journal of clinical psychiatry. – 2011. – V. 72. – №. 7. – P. 986-993.
157. Woolhouse H. et al. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2014. – V. 14. – №. 1. – P. 369.
158. Yonkers K. A. et al. Antidepressant use in pregnant and postpartum women // Annual review of clinical psychology. – 2014. – V. 10. – P. 369-392.
159. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study // BMC pregnancy and childbirth. – 2012. – V. 12. – №. 1. – P. 36.
160. Zarrouf F. A. et al. Testosterone and depression: systematic review and meta-analysis // Journal of Psychiatric Practice. – 2009. – V. 15. – №. 4. – P. 289-305.
161. Zauderer C. Postpartum depression: How childbirth educators can help break the silence // The Journal of perinatal education. – 2009. – V. 18. – №. 2. – P. 23-31.

A.N. Fomenko, S.V. Grechany

NON-DRUG METHODS OF TREATMENT OF POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS IN THE ASPECT OF PRESERVING CHILDREN'S MENTAL HEALTH (LITERATURE REVIEW)²

St.-Petersburg State Pediatric Medical University (St.-Petersburg).

Summary. Treatment of postpartum depressive (affective) disorders is traditionally associated with a number of objective difficulties, which determine the low level of referral of patients for specialized psychiatric care and their lack of compliance. Biological and psychosocial changes that occur in women after childbirth, responsibilities for the care and upbringing of children create conditions that affect the effectiveness of pharmacological interventions. This circumstance encourages an active search for non-drug methods of treating affective postpartum disorders. Currently, one of the most common and studied methods is psychotherapeutic intervention. In addition, psycho-social intervention, normalization of sleep, exercise, light therapy, diet therapy (omega-3 fatty acids, folates, S-adenosylmethionine) are actively used. The advantages and disadvantages of these methods are discussed in the review.

Keywords: postpartum affective disorders, anxiety and depressive disorders in pregnant women, postpartum depression and anxiety, psychotherapy and psychosocial intervention in postpartum depression.

²Final part. Beginning part see: Voprosy psicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2020 (20). № 1.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА
НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ
В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ¹**

Оренбургский государственный медицинский университет (Оренбург).

Резюме. Определение психометрической надежности международного опросника неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ- WHOACEIQ) в настоящее время является главным содержанием деятельности ВОЗ, направленной на международное распространение опросника для исследования насилия над детьми в мире и разработке мер противодействия ему. Представлен обзор данных научной литературы последних лет, освещающих результаты этой деятельности.

Ключевые слова: насилие в детстве, пренебрежение в детстве, неблагоприятный детский опыт, опросники.

Заключение. Определение надежности и валидности международного опросника неблагоприятного детского опыта (WHOACEIQ) в настоящее время является главным содержанием деятельности ВОЗ, направленной на международное распространение опросника для исследования насилия над детьми в мире и разработке мер противодействия ему. Использование в нашей работе международного опросника неблагоприятного детского опыта (WHOACEIQ) было разрешено профессором Александром Батчартом (Alexander Butchart, MA, PhD), международным координатором группы ВОЗ по вопросам предупреждения насилия Prevention of Violence Team (PVL) и профессором, д.м.н. М.А. Качаевой, национальным координатором данного проекта в РФ (Приложение).

Неблагоприятный опыт детства, включая эмоциональное насилие, злоупотребление психоактивными веществами в семье, раздельное проживание или развод родителей, физическое насилие, насилие в отношениях между взрослыми, психические заболевания в семье, сексуальное насилие или лишение свободы члена семьи, может оказать глубокое воздействие на здоровье и благополучие во взрослом возрасте. Значительный объем научных данных, определяющих сильную взаимосвязь между детской психотравмой и риском заболевания во взрослой жизни, порождает интерес к выявлению неблагоприятных событий детства. Для поддержки дальнейшей разработки психолого-профилактических мероприятий, направленных на преодоление детских невзгод, потребуются эффективные подходы к выявлению пережитых детских травматических событий. Использование международного вопросника неблагоприятного детского опыта (WHO ACE IQ) отвечает этим потребностям.

¹Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2020 (20), № 1.

**ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES INTERNATIONAL
QUESTIONNAIRE (ACE-IQ)
НЕБЛАГОПОЛУЧНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ
(МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПРОСНИК)**

0	ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ	
0.1. C.1	Пол	Мужчина
		Женщина
0.2. C.2	Дата вашего рождения	..день ...месяц,....год
0.3. C.3	Сколько вам полных лет	
0.4. C.4	Ваша национальность и вероисповедание	
0.5. C.5	Уровень вашего образования	Не обучался Не закончил начальную школу Начальная школа Среднее/средне специальное Высшее Аспирантура Неопределенно
0.6. C.6	Какой из следующих вариантов лучше всего описывает вашу основную работу в течение последних 12 месяцев?	Государственное учреждение Частная организация Собственное предприятие Случайные приработки Студент Домохозяйка Пенсионер/инвалид Безработный (могу работать) Безработный) не могу работать) Неопределенно
0.7 C.7	Ваше семейное положение	Женат/замужем (переход к Q/M2) Живу гражданским браком Разведен / разлучен Одинок/одинок Вдовец/вдова (переход к Q.M2) Другое Неопределенно
1	ВАША СЕМЬЯ	
1.1 M.1	Вы были женаты/замужем?	Да Нет (переход к в.М5)
1.2.	В каком возрасте вы женились/вышли за-	лет

M.2	муж?	Неопределенно
1.3. M.3	Вы сами выбрали свою первую же- ну/первого мужа?	Да (переход к в.М5) Нет Неопределенно
1.4. M.4	Во время своего первого брака, если Вы не сами выбирали себе мужа/жену, а дали свое согласие на чей-то выбор?	Да Нет Неопределенно
1.5. M.5	Если вы отец или мать, сколько вам было лет, когда у вас появился первый ребенок?	лет Нет детей Неопределенно
2	ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С РОДИТЕЛЯМИ/ОПЕКУНАМИ	
Когда вы росли, в возрасте до 18 лет...		
2.1. P.1	Ваши родители или опекуны разделяли ва- ши проблемы или переживания	Всегда
		В большинстве случаев
		Иногда
		Редко
		Никогда
		Неопределенно
2.2. P.2	Ваши родители или опекуны владели ре- альной информацией о том, где вы прово- дите время в свободное от учебы и работы время?	Всегда
		В большинстве случаев
		Иногда
		Редко
		Никогда
		Неопределенно
3.1. P.3	Как часто Ваши родители/опекуны не давали вам достаточно еды, даже когда они могли легко сделать это?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
3.2. P.4	Были ли ваши родители / опекуны опьянены алкоголем или наркотиками на- столько, чтобы не заботиться о вас?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
3.3. P.5	Как часто Ваши родители/опекуны не отправляли вас в школу, даже когда это было необходимо?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
4	СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ	
4.1. F.1	Кто то из тех с кем вы жили в детстве, име- ли проблемы с употреблением алкоголя или других веществ?	Да
		Нет
		Не определено
4.2. F.2	Кто-то из тех, с кем вы жили в детстве, страдал депрессиями, психическими рас- стройствами или совершал суицид?	Да
		Нет
		Неопределенно

4.3. F.3	Вы жили с членом семьи, который побывал в СИЗО или тюрьме?	Да
		Нет
		Неопределенно
4.4. F.4	Были ли ваши родители когда-либо разлучены или разведены?	Да
		Нет
		Неопределенно
4.5. F.5	Кто-то из ваших родителей/опекунов умер, когда вам не было 18 лет?	Да
		Нет
		Неопределенно
Следующие вопросы - о некоторых событиях, о которых вы, возможно, слышали или видели у себя дома. Эти действия также могли быть совершены в отношении не только вас, но и другого члена.		
4.6. F.6	Вы видели или слышали родителя или члена вашей семьи, который кричал, проклинал, оскорблял или унижал домочадцев?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
4.7. F.7	Вы видели или слышали родителя или члена вашей семьи, который ударял, пинал или избивал домочадцев?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
4.8. F.8	Вы видели или слышали родителя или члена вашей семьи, пострадавшего или получившего раны от таких объектов, как палка (или трость), бутылка, дубинка, нож, кнут?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
Следующие вопросы - о некоторых вещах, которые вы, возможно, испытали.		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни...		
5.1. A.1	Родитель, опекун или другие домочадцы могли кричать, ругаться на вас, оскорблять или унижать вас?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
5.2. A.2	Родитель, опекун или другие домочадцы могли угрожать, или на самом деле, отказаться от вас или выгнать вас из дома?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
5.3. A.3	Родитель, опекун или другие домочадцы могли бить, пинать, ударять или избивать вас?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
5.4. A.4	Родитель, опекун или другие домочадцы могли избить или нанести вам раны такими	Много раз
		Было несколько раз

	предметами, как палка (или трость), бутылка, дубинка, нож, кнут?	Однажды
		Никогда
		Неопределенно
5.5. А.5	Кто-то трогал или ласкал ваши половые органы, когда вы этого не хотели?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
5.6 А.6	Кто-то заставил вас прикоснуться к своим половым органам, когда вы этого не хотели?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
5.7 А.7	Кто-то пытался установить оральный, анальный или влагалищный контакт с вами, когда вы не хотели этого?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
5.8. А.8	Кто-то смог установить оральный, анальный или влагалищный контакт с вами, когда вы не хотели этого?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
5	НАСИЛИЕ В СООБЩЕСТВЕ	
Следующие вопросы о том, запугивали ли вас или издевались ли над вами, когда вы росли.		
Запугивание - это ситуации, когда человек или группа людей говорят или делают плохие и неприятные вещи в отношении другого человека.		
Издевательствами также являются ситуации, когда молодого человека много дразнят или обижают. Но издевательствами не являются ситуации, когда двое равных по силе молодых человека спорят или шутят друг над другом в веселой и дружественной обстановке.		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни . . .		
6.1 V.1	Как часто над вами издевались?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
6.2 V.2	Каким образом над вами чаще всего издевались:	Меня избивали, пинали, выкручивали, запирали в закрытом помещении
		Смеялись над моей национальностью, цветом кожи, расовой принадлежностью.
		Я был высмеян из-за своей религиозной принадлежности

		Я был высмеян с помощью сексуальных шуток или жестов
		Меня выгоняли или полностью игнорировали
		Были высмеяны мой внешний вид или мое лицо.
		Надо мной издевались другими способами.
Следующий вопрос - о физических драках. Драка происходит, когда двое молодых люди примерно равной силы наносят побои друг другу. Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни . . .		
6.3 V.3	Как часто вы дрались	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
СВИДЕТЕЛЬСТВО НАСИЛИЯ В ОБЩЕСТВЕ		
Следующие вопросы - о том, как часто, когда вы были ребенком, вы, возможно, видели или слышали некоторые вещи в вашем районе или в окружении (но не в вашем доме или на ТВ/радио).		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни		
7.1. V.4	Вы видели или слышали, как кого-то избивали в реальной жизни?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
7.2. V.5	Вы видели или слышали как кому-то угрожали ножом или пистолетом в реальной жизни?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
7.3. V.6	Вы видели как кому-то наносили ножевые ранения или стреляли в реальной жизни?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
Эти вопросы о следующих событиях из вашего детства, связанных с коллективным насилием, включая войны, терроризм, политические или этнические конфликты, геноцид, репрессии, исчезновения, пытки и организованные насильственные преступления, такие как бандитизм.		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни...		
8.1. V.7	Вы были вынуждены переехать и жить в другом месте из-за любого из этих событий?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно

8.2. V.8	Вы испытали на себе умышленное разрушение вашего дома из-за любого из этих событий?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
8.3. V.9	Были ли вы избиты солдатами, полицейскими, милиционерами или бандитами?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно
8.4. V.10	Член вашей семьи или друг погиб или был избит солдатами, полицией, милицией, или бандитской группировкой?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Неопределенно

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваль Н.В. К вопросу о необходимости определения понятия «жестокое обращение с ребенком». Национальный психологический журнал №1 (17)/2015, 16–25

2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с.

REFERENCES

1. Koval' N.V. K voprosu o neobhodimosti opredelenija ponjatija «zhestokoe obrashhenie s rebenkom». Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal №1 (17)/2015, 16–25

2. Nasilie i ego vlijanie na zdorov'e. Doklad o situacii v mire /Pod red. Jet'enna G. Kruga i dr./ Per. s angl. — M: Izdatel'stvo «Ves' Mir», 2003. — 376 s.

3. Adams ZW, McCauley JL, Back SE, Flanagan JC, Hanson RF, Killeen TK, Danielson CK. Clinician Perspectives on Treating Adolescents with Co-occurring Post-Traumatic Stress Disorder, Substance Use, and Other Problems. J Child Adolesc Subst Abuse. 2016; doi: j.chiabu 25(6):575-583.

4. Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Child Maltreatment Violence Prevention Injury Center CDC: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/> - (дата обращения 23.09.2017)

5. Almas AN, Degnan KA, Radulescu A, et al. Effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institutionalized children's social skills. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2012;109 17228-17231. <https://doi:10.1073/pnas.1121256109>.

6. Almuneef M., Qayad M., Aleissa M., Albuhairan F. Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: A pilot study. //Child Abuse & Neglect. – 2014. – Vol. 38. – N. 11.- P. 1787-1793.- doi 10.1016/j.chiabu.2014.06.003

7. Al-Shawi A., Lafta R. Effect of adverse childhood experiences on physical health in adulthood: Results of a study conducted in Baghdad city.// Journal of Family and Community Medicine.- 2015. – Vol. 22. – N.2.- P. 78-84. – doi:10.4103/2230-8229.155374

8. Banducci AN, Hoffman E, Lejuez CW, et al. The relationship between child

abuse and negative outcomes among substance users: psychopathology, health, and comorbidities. *Addict Behav.* 2014 Oct;39(10)

9. Bernstein D.P. с соавторами (1997 г.) Bernstein D.P., Ahluvalia T., Pogge D., Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 36. – P. 340–348. – pmid: 9055514.

10. Bethell C.D., Carle A., Hudziak J., Gombojav N., Powers K., Wade R., Braveman P. Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. // *Acad. Pediatr.* - 2017. – Vol. 17 – P.51–P.69. doi: [10.1016/j.acap.2017.04.161]

11. Bifulco A., Bernazzani O., Moran P.M., Jacobs C. The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA - Q): validation in a community series. // *Br. J. Clin. Psychol.* – 2002. – Vol. 44. – P. 563–581. – pmid: 16368034.

12. Brown G.W., Craig T.K., Harris T.O., Handley R.V., Harvey A.L. Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) instrument – A life-course study of adult chronic depression - 1. // *J. Affect. Disord.* – 2002. – Vol. 103. – P. 205–215. – pmid: 17651811.

13. Browne A, Finkelhor DA. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull* 99: 66–77. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.99.1.66>

14. Deepa K. Damodaran Varghese K. Paul Patterning/Clustering of Adverse Childhood Experiences (ACEs): The Indian Scenario.//*Psychological Studies.* -2017, Vol. 62. - P 75–84/

15. Dinkler L, Lundström S, Gajwani R, Lichtenstein P, Gillberg C, Minnis H Maltreatment-associated neurodevelopmental disorders: a co-twin control analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017 Jun;58(6):691-701. doi: 10.1111/jcpp.12682.

16. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Chapman D.P. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences.// *Study. JAMA.* – 2001. – Vol. 286. – N.24. – P. 3089. doi.org/10.1001/jama.286.24.3089. [PubMed]

17. Dube S.R., Miller J.W, Brown D.W., Giles W.H., Felitti V.J. //Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J. Adolesc. Health.* -2006. - Vol. 38. - : P. 410-421. doi.org. 10.1016/j.jadohealth.2005.06.006

18. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA:* (2001a). 286(24), 3089–96. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.308>

19. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. // *Am. J. Prev. Med.* – 1998. – Vol. 14. – P. 245–258. – doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8.

20. Ford D.C., Merrick M.T., Parks S.E., Breiding M.J., Gilbert L.K., Edwards V.J., Thompson W.W. Examination of the factorial structure of adverse childhood experiences and recommendations for three subscale scores. // *Psychology of Vio-*

lence. – 2014. – Vol.4. –N.4. – p.432-444.- doi:10.1037/a0037723 [13],

21. Ho G.W.K, Chan A.C.Y., Chien W.T., Bressington D.T., Karatzias T. Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences-International Questionnaire (ACE-IQ). // *Child Abuse Negl.* – 2018- Vol.88. – P.179-188.- /doi: 10.1016/j.chiabu.2018.11.009

22. Hughes K., Bellis M. , Hardcastle K., Sethi D., Butchart A., Mikton C., Jones L., Dunne M. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis.//*Lancet Public Health.*- 2017.-Vol. 2. - P 356–366

23. Karatekin, C. & Hill, M. Expanding the Original Definition of Adverse Childhood Experiences (ACEs) // *Journ Child Adol Trauma.* (2018). Vol.12 - P 1–18.- //doi.org/10.1007/s40653-018-0237-5

24. Kazeem O. A. Validation of the Adverse Childhood Experiences Scale in Nigeria. // *Research on Humanities and Social Sciences.* 2015 Vol.5. - N.11. – P.18-23.

25. Kim D., Park S.C., Yang H., Oh D.H Reliability and validity of the Korean version of the childhood trauma questionnaire-short form for psychiatric outpatients. *Psychiatry Investig.*- 2011. – Vol.8:- P. -305–311.

26. Meinck F, Cosma A.P., Mikton C, Baban A. Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students. // *Child Abuse Negl.* - 2017 Vol. 72- P. 326-337. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.08.016..

27. Naicker S.N., Norris S.A., Mabaso M., Richter L.M. An analysis of retrospective and repeat prospective reports of adverse childhood experiences from the South African Birth to Twenty Plus cohort. // *PLoS ONE.*- 2017.- Vol. 12. -N7. – P. 408-421. - doi:10.1371/journal.pone.0181522

28. New Directions in Child Abuse and Neglect Research. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 Mar 25. <https://doi.org/10.17226/18331> [4].

29. Norman R.E., Byambaa M., De R., Butchart A., Scott J., Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. // *PLoS Med.* – 2012. – Vol. - N9. P -139-149 doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349

30. Olofson M. A New Measurement of Adverse Childhood Experiences Drawn from the Panel Study of Income Dynamics Child Development Supplement // *Child Ind. Res.* – 2018. – Vol. 11, *Issue 2*, pp 629–64 <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9455-x>

31. Reith W, Yilmaz U, Kraus C. Shaken baby syndrome. *Radiologe.* 2016 May; (5):424-31.doi: 10.1007/s00117-016-0106

32. Rosana E. Norman, Munkhtsetseg Byambaa, Rumna De, Alexander Butchart, 3James Scott, and Theo Vos The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2012 Nov; 9(11): doi: 10.1371/journal.pmed.1001349

33. Teicher M.H., Parigger A. The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ (MACE) Scale for the Retrospective Assessment of Abuse and Neglect During Development. // *PLoS ONE.* – 2015. – Vol. 10. – N2. – P. 456–465. – doi.org/10.1371/journal.pone.0117423.

34. Teicher M.H., Samson J.A.. Annual Research Review: Enduring neurobiological ef-

fects of childhood abuse and neglect. //Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. – 2016. – Vol.57. - N3. –P. 241-266. doi.org/10.1111/jcpp.12507

35. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. Development and psychopathology. 2011;23(2):453-476.

36. WHO. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)URL:http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/guide/en/

37. Widom C.S., Raphael K.G., Du Mont K.A. The case for prospective longitudinal studies in child maltreatment research: Commentary on Dude, Williamson, Thompson, Felitti, and Anda.// Child Abuse & Neglect. 2004. – Vol.28. – P.715–22. - doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.03.009

38. Wingenfeld K., Schäfer I., Terfehr K., Grabski H., Driessen M., Grabe H., Spitzer C., The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: First psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). //Psychotherapie, Psychosomatik, MedizinischePsychologie. 2011. - Vol.61. -N1. – P.104. doi: 10.1055/s-0030-1263161

E.A. Katan

PURPOSE OF INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES TO IDENTIFY PSYCHOTRAUMATIC FACTORS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE²

Orenburg State Medical University (Orenburg).

Summary. Data on long-term clinical consequences in the field of mental health associated with child abuse are presented. The definitions of the main forms of abuse in childhood are given and the basic psychometric techniques for adult retrospective assessment of prevalence, severity and combination of psychotraumatic childhood events are reviewed.

Keywords: child abuse, childneglect, adverse childhood experience, questionnaire.

²Final part. Beginning part see: Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2020 (20). № 1

НЕКРОЛОГ

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР

31 марта 2020 года на 77 году жизни скончался Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер. Его жизненный путь – путь замечательного врача, ученого, творческого человека.

Эдмонд Георгиевич родился в 1943 г., его детство и юность прошли в Ленинграде, который стал для него родным городом. Среди многих увлечений юности приоритетными были рисование, музыка, медицина. Эдмонд Георгиевич пытался поступить в Ленинградское высшее художественно-промышленное училище имени В.И. Мухомовой, но не прошел по конкурсу. Однако любовь к живописи сохранил на всю жизнь. Поступив в медицинский институт, он продолжал заниматься художественным творчеством и в 1965 г. стал членом группы неформальных художников, возглавляемых Михаилом

Шемякиным, который высоко ценил его графические работы.

Уже на первом курсе медицинского института особый интерес Эдмонд Георгиевич проявлял к психологии и к психиатрии, и, получив диплом врача, в 1967 г. продолжил учебу в интернатуре по специальности «психиатрия». Во время учебы и уже став психиатром Эдмонд Георгиевичу пришлось поработать и участковым психиатром, и психиатром в лечебно-трудовых мастерских, и эпилептологом, и наркологом. Важным этапом его профессионального определения и роста было поступление в клиническую ординатуру под руководством профессора А.Е. Личко. А.Е. Личко предложил ему тему диссертационной работы «Роль внутрисемейных отношений в развитии психопатий и психопатоподобных расстройств в подростковом возрасте». Успешно защитив в 1976 г. диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер был принят на работу младшим научным сотрудником отделения подростковой психиатрии НИИ им. В.М. Бехтерева, где продолжил научные исследования в области детской, подростковой и семейной психологии и психотерапии. Когда в 1982 г. в Ленинградском ГИДУВе (с 1993 г. Санкт-

Петербургской академии последипломного образования) была создана кафедра психотерапии, Эдмонд Георгиевич по рекомендации профессора Б.Д. Карвасарского занял на ней должность ассистента и приступил к преподавательской деятельности. В 1986 году им были разработаны программа и учебный план цикла тематического усовершенствования врачей «Психотерапия при пограничных нервно-психических расстройствах у детей и подростков». Большое значение в нем придавалось теме семейного влияния на формирование личности в детском возрасте. Успешность и востребованность этого цикла привели к созданию в 1990 г. курса детской психотерапии, который возглавил Э.Г. Эйдемиллер.

В 1990 г. вышла в свет ставшая классической и выдержавшая несколько переизданий первая в СССР монография «Семейная психотерапия», написанная Эдмондом Георгиевичем совместно с В. Юстицким. В ней в частности авторы сформулировали концепцию патологизирующего наследования. В 1994 г. Эдмонд Георгиевич защитил докторскую диссертацию на тему «Возрастные аспекты групповой и семейной психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах» вскоре получил ученое звание профессора. Хороший организатор, заведующий курсом собрал команду профессионалов-единомышленников, которая увлеченно и успешно работала. Эдмонд Георгиевич был автором и соавтором новых методов психологической диагностики, среди которых известный опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), методов групповой психотерапии «Теплые ключи», моделей краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейной психотерапии.

В 2002 г. произошло знаменательное событие: курс, руководимый профессором Э.Г. Эйдемиллером преобразован в кафедру детской психиатрии и психотерапии в составе педиатрического факультета. Много лет подряд кафедра считалась одной из самых успешных на педиатрическом факультете. Тематическое усовершенствование проходили психиатры, психотерапевты и психологи на циклах по программам «Детская и подростковая психиатрия: клиника, диагностика, лечение и реабилитация», «Психотерапия детей, подростков и взрослых», «Психотерапия. Профессиональная переподготовка», «Современные методы групповой и семейной психотерапии», «Перинатальная психотерапия». Были программы, во многом посвященные вопросам психологии: «Медицинская (клиническая) психология и психотерапия семьи и детства», «Психология и психотерапия семьи». В 2007 г. В названии кафедры была добавлены слова «медицинская психология». Кафедра проводила обучение интернов, ординаторов, аспирантов. Аспиранты защищали диссертации по семейная психотерапии, современным методам групповой психотерапии при нервно-психических и психосоматических заболеваниях у детей и подростков, психосоматическим соотношениям, психотерапии и реабилитации при нервно-психических и психосоматических заболеваниях у детей и подростков, перинатальной психологии, клинической психологии и психотерапии семьи и детства, краткосрочной кризисной психотерапии и др.

Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер и его сотрудники принимали активное участие в работе различных научных конференций, съездов, форумов, публиковали много статей в научных журналах, монографиях, учебно-методических пособий. Среди них выделялись такие работы заведующего кафедрой, как монография

«Психология и психотерапия семьи» (1999 г., соавтор В. Юстицкис), «Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия (2001 г., соавтор И.В. Добряков). В 2005 году увидел свет учебник по детской психиатрии, написанный сотрудниками кафедры под общей редакцией Э.Г. Эйдемиллера. Позднее вышли «Семейный диагноз и семейная психотерапия» (2006 г., соавторы И.В. Добряков, И.М. Никольская), «Семейная психотерапия. Хрестоматия» (2007 г., сост. Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис), «Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДЕ (2010 г., соавт. Александрова Н.В., Городнова М.Ю.), «Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы» (2010 г., под ред. Э.Г. Эйдемиллера) и др. Некоторые книги Э.Г. Эйдемиллера были опубликованы с графическими иллюстрациями автора.

Не прерывал Эдмонд Георгиевич и творческую работу художника-графика. В художественной галерее Борея с успехом проходили персональные выставки его графических работ «Семья: между небом и телом» (2013), «Иллюстрации к драме: „психология и психотерапия семьи“» (2015), «Сети гибридной реальности» (2018). Он готовился представить выставку своих новых работ в 2020 г. в Вильнюсе.

Несмотря на болезни, до последнего времени Эдмонд Георгиевич продолжал много работать. Он читал лекции, заключил с издательством «Питер» договор на повторное издание коллективного учебника по детской психиатрии и психотерапии, обсуждал с сотрудниками содержание глав, редактировал их, строил планы.

В сентябре 2013 г. кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии была закрыта. Заведующий тяжело переживал это. Он высказывал недоумение по поводу того, что по статистике количество детей и подростков с нервно-психическими расстройствами в нашей стране растет, а детских психиатров и психотерапевтов становится все меньше.

31 мая 2020 г. не стало человека, который столько сделал для становления детской, подростковой и семейной психологии и психотерапии в нашей стране, не стало Эдмонда Георгиевича Эйдемиллера - психиатра и психотерапевта высшей квалификационной категории, профессора, доктора медицинских наук, экс-заведующего кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, члена Координационного Совета Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), председателя Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов РФ, основателя и члена Координационного Совета Санкт-Петербургской Гильдии тренинга и психотерапии, Почетного президента общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков», почетного директора Клуба друзей кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, заместителя главного редактора журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков», члена редакционного совета журнала «Консультативная психология и психотерапия», члена научно-редакционного совета журнала «Медицинская психология в России», лауреата (2010 г.), номинанта (2016, 2019 г.) и члена Большого Жюри Национального психологического конкурса «Золотая Психея»...

Светлая память!

Сотрудники кафедры психотерапии, сексологии и медицинской психологии
Редколлегия журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков»

**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 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 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 Государственного стандарта, 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 01.06.2020 г.

Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.

Печать цифровая. Тираж 300 экз.

Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»

ООО «Сам Полиграфист»

129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.

www.onebook.ru
