

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 15, №4

2016



УДК 616.89-092-053.2

ДЕТСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ АНОМАЛИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

© Уласень Т.В.¹, Бобров А.Е.²

¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

²Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Россия, 119991, Москва, Кропоткинский пер., 23

Резюме: имеющиеся научные публикации свидетельствуют о специфических для детского возраста особенностях переживаний и преодоления травматических ситуаций. С исследовательской точки зрения, процесс хронизации травматического опыта в условиях депривации крайне индивидуален и затрагивает все сферы личности в той или иной степени, находя свое отражение в изменениях «Я-концепции и образа мира подростка» и приводя в последствии к социально-психологической и/или психосоматической дезадаптации, что позволяет несколько шире посмотреть на проблему личностных расстройств. В статье представлены междисциплинарные (психолого-психиатрические) классификационные подходы в понимании феномена «психическая травма», акцентировано внимание на психотравматологических аспектах сиротства, обусловленных, в первую очередь, механизмами депривации, фрустрации, изменениями неспецифических адаптационных реакций организма, и как следствие, формированием патологических психологических защит и «копинг-поведения»; обоснована необходимость продолжения исследования мультифакторного влияния хронической травматизации на формирование клинико-психопатологических проявлений и структурных нарушений личности подростков с целью выявления специфических доклинических признаков формирования личностных расстройств, приводящих к социально-психологической дезадаптации.

Ключевые слова: депривация, нарушения психосоциальной адаптации, патология личности

CHILD DEPRIVATION AND MENTAL ANOMALY FORMATION: CURRENT ISSUES

Ulasen T.V.¹, Bobrov A.E.²

¹Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

²Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of Federal Medical Research Center of Psychiatry and Addiction named after V.P. Serbskiy, Russia, 119991, Moscow, Kropotkin lane, 23

Summary: current scientific articles give the evidence of the specific childhood features of experiences and traumatic situations overcoming. From a research point of view, the traumatic experiences process in the conditions of deprivation becomes chronic according to the individual features and more or less affects all the aspects of the individuality, which changes their "self-concept" and teenagers' image of the world and leads to the psycho-social and / or psychosomatic maladjustment, which allows to investigate the problem deeper. The article represents the interdisciplinary (psychological and psychiatric) classification approaches to understanding of the phenomenon of "psychic trauma" and is focused on psycho-traumatic aspects of orphanhood which are due to, first of all, the deprivation mechanisms, frustration, changes in non-specific adaptation reactions of the organism, and as a consequence, the formation of abnormal psychological protection and "coping behavior". The necessity of continuing the study of the multifactor chronic trauma influence on the formation of clinical and psychopathological manifestations and structural personality disorders of adolescents in order to identify the specific pre-clinical signs of the formation of the personality disorders that lead to social and psychological maladjustment is grounded.

Key words: deprivation, psychosocial adaptation disorders, personality pathology

Введение

Многочисленные исследования в области детской и подростковой психиатрии и психологии свидетельствуют об определяющем влиянии периода детства на всю последующую жизнь человека. Особое значение при этом имеют психологические травмы детского возраста, условия

воспитания и характер постоянно усложняющихся психосоциальных условий, в которых растет ребенок. Специфическую категорию в этом отношении представляют дети, воспитывающиеся в социозащитных учреждениях. Количество таких детей, несмотря на все усилия в нашей стране, сокращается слишком медленно. Главной особенностью взросления воспитанников указанной группы является дефицит близких отношений со значимыми взрослыми, что в научной литературе получило название раннего депривационного опыта, который, в свою очередь, оказывает серьезное психотравмирующее действие, неодинаково переживается в различные возрастные периоды и имеет разнообразные психологические и психопатологические последствия. Без их изучения вряд ли можно надеяться на разработку адекватных мероприятий по преодолению неблагоприятных последствий сиротства и социального сиротства.

С учетом сказанного, целью настоящего обзора явился анализ и обобщение имеющихся данных по вопросам междисциплинарного изучения последствий детского депривационного опыта, оценка их влияния на аномалии психосоциальной адаптации, а также формирование нарушений личности и поведения.

Как свидетельствуют результаты исследований, полученных в психиатрии, клинической и социальной психологии, а также социологии, воспитанники социозащитных учреждений заслуживают в этом отношении специального внимания. Это обусловлено тем, что депривация является универсальной «травматической» особенностью раннего психолого-социального развития указанной категории детей и подростков. Причем именно с депривацией связывается повышенная частота психических расстройств и девиаций поведения, которая с постоянством отмечается у воспитанников интернатов [4, 8-10, 19, 20, 29, 31-33, 69, 82]. Имеются веские основания полагать, что в этом отношении решающее значение, по всей видимости, имеет дефицит эмоциональных связей, неизбежно возникающий в социозащитном учреждении и препятствующий своевременному формированию механизмов регуляции поведения и самоконтроля, что, в свою очередь, повышает риск возникновения делинквентных и антисоциальных тенденций, а также обуславливает нарушения созревания личности [69].

Снижение же риска неблагоприятных психосоциальных последствий напрямую зависит от уменьшения мультифакторного травматического опыта, вызванного обстоятельствами как попадания, так и собственно пребыванием таких детей в социозащитных учреждениях.

Следует упомянуть большое число психологических работ, в которых описаны специфические психопатологические расстройства, обусловленные факторами семейной депривации у подростков [18, 60, 67, 75, 76, 82, 84, 89, 90]. Вопросы, касающиеся влияния депривации на психическое состояние, неоднократно поднимали психиатры Г.Е. Сухарева (1965), А.Е. Личко (1983), Й. Лангмейер, З. Матейчек (1984), М.А. Буянов (1988), В.В. Ковалев (1995), Эйдемиллер Э.Г. (2001), И.О. Калачева (2003, 2006), Н.В. Вострокнутов (2003, 2008), В.А. Гурьева (1996, 2001).

В литературе существует единодушное мнение о важности родительского (прежде всего материнского) воспитания ребенка, особенно, на протяжении первых трех лет жизни. При этом исследователи акцентируют внимание на тяжелых последствиях длительной депривации, стойкости и глубине поражения личности, которая в результате этого формируется на значительно более низком уровне, и характеризуется психопатологическим сдвигом со склонностью к правонарушениям и психозам [4, 8-10, 19, 20, 31-33, 48, 60, 74].

Однако дифференцированная научная оценка разнообразных психотравмирующих факторов, выступающих при детской депривации в виде единого комплекса, не осуществлялась. Между тем, именно комплексный и континуальный характер такой травматизации, по всей видимости, и способствует хронизации депривационных переживаний у детей-сирот.

В частности, не проводилась оценка имеющейся психической патологии у подростков в зависимости от степени выраженности и характера психологической депривации (социальной, эмоциональной, материнской) и статуса ребенка, воспитывающегося в социозащитном учреждении; не прослеживались различия между содержанием травматического опыта (потеря родителей, насилие, пренебрежение и т.д.) и характером депривационного периода. Имеются лишь единичные работы, в большей степени психологической направленности [31, 65, 66, 85, 86], которые рассматривают соотношение между возрастом и возникновением травматического, в том числе и депривационного, опыта. Систематически не изучались также продолжительность травматических обстоятельств, наличие/отсутствии поддерживающих факторов и статус ребенка (сирота, социальный сирота, ребенок, проживающий в семье). Остаются недостаточно изученными вопросы, касающиеся оценки самосознания и идентичности у детей-сирот и социальных сирот с позиций психопатологии. Главным же недостатком предшествующего этапа исследований в данном направлении, по всей видимости, является отсутствие исследований, выполненных на основе системного подхода и реляционной концепции.

Состояние проблемы психотравматологии в условиях депривации

Исследование роли психотравматизации в нарушении психического здоровья в настоящее время остается одной из наиболее актуальных проблем психиатрии [49]. Как было сказано выше, психическим и многим психосоматическим нарушениям обычно предшествуют серьезные травматичные события в жизни, для описания которых в научной психиатрической и психологической литературе используется много понятий: стресс, фрустрация, конфликт, кризис, депривация, психическая травма.

Остановимся более подробно на ключевых травмирующих моментах, приводящих к психическим нарушениям у детей и подростков, рассмотренных с разных аспектов психотравматологии.

В первую очередь, следует отметить, что вопросы, связанные с описанием и систематикой форм детской депривации, начиная с работ R. Shpitz (1940) и J. Bowlby (1951), рассматривались с разных позиций, в русле различных научных (отечественных и зарубежных) направлений и дисциплин, изучающих проблемы психологической травматизации [5, 31, 49, 72, 73, 83, 84, 86, 89, 90].

Несмотря на то, что термин «депривация» широко используется в психологической литературе, в определении содержания этого понятия, как указывает Е.Г. Алексеенкова (2009), отсутствует единство.

В англоязычной литературе понятие «депривация» (deprivation, или соотв. privation) обозначает потерю чего-либо, лишения из-за недостаточного удовлетворения какой-либо важной потребности. При этом речь идет не о физических лишениях, а о недостаточном удовлетворении именно психических потребностей (психическая депривация) [6].

Й. Лангмейер и З. Матейчек (1984) дано следующее определение депривации: «Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени». Авторами выделено 4 вида депривации: стимульная (сенсорная), депривация значений (когнитивная, информационная), эмоциональной, социальная. В современной психологии и смежных гуманитарных науках выделяют и другие виды депривации, либо имеющие обобщенный характер, либо связанные с отдельными аспектами существования человека в обществе: образовательная, экономическая, этическая депривация и др. [6, 53].

По мнению J. Bowlby (1982), у ребенка, выросшего в атмосфере недостаточной эмоциональной теплоты и привязанности к матери, или к лицу, замещающему ее, могут развиваться различные нарушения психического здоровья. Указанные нарушения в зависимости от степени и стойкости данной депривации могут достигать значительной тяжести и даже становиться непоправимыми. Вместе с тем, наряду с явной депривацией, существует и скрытый вариант, который в данное время вызывает особое внимание исследователей. Ее источник может находиться в семье, школе, различных социальных институтах, обществе в целом [6].

Об этом варианте J. Bowlby писал, «частичную» депривацию можно наблюдать там, где не произошло прямой разлуки матери с ребенком, однако их отношения по какой-либо причине неудовлетворительны для ребенка».

Это положение «теории привязанности» в связи с быстро меняющимися социально-экономическими и геополитическими условиями находит свое подтверждение и в наше время. В частности, в современных работах зарубежных исследователей [99, 100, 105, 107, 110] описаны механизмы формирования тревоги, депрессивных состояний, девиаций, суицидального поведения, посттравматического стрессового расстройства с позиций формирования «небезопасного типа привязанности», predisposing к возникновению психических расстройств.

Важно также подчеркнуть, что «теория привязанности» является не единственной научной концепцией, на базе которой происходит разработка проблемы детской депривации. В последнее время все более остро встает вопрос о мультифакторном изучении ее последствий.

Интересной на современном этапе общественного развития представляется и теория кумулятивной травматизации М. Хана (1963), который занимался исследованием лиц с частыми и длительными травмами, находящимися в условиях фрустрации. При этом следует отметить, что понятия «депривация» и «фрустрация» имеют разное значение. Под «фрустрацией» понимается психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности и сопровождающееся различными отрицательными переживаниями: разочарованием,

раздражением, тревогой, отчаянием и др. [71]. Фрустрация может возникать как вследствие столкновения с внешними преградами, так и при внутриличностном конфликте.

Таким образом, «фрустрация» в отличие от «депривации» касается потребности, актуализированной в данный момент и уже направленной к цели, и характеризуется осознанием субъектом невозможности ее удовлетворения [6]. Понятие «фрустрации» широко используется в современной психологической и психоаналитической литературе. Но представления об этом феномене как о психическом состоянии, способном привести к возникновению невротических реакций и собственно к неврозам рассматривались психоаналитиками неоднозначно [88, 91- 94].

Тезисно остановимся на некоторых важных моментах, касающихся личностных аспектов, в частности, проблемы самосознания. Э. Фромм в своей работе «Анатомия человеческой деструктивности» (1973) главенствующую роль отвел характеру, от которого, по мнению автора, «зависит, что вызывает в нем фрустрацию...». Австрийский психотерапевт В. Франкл (1986) отмечал, что «фрустрированным может быть не только сексуальное влечение, но и стремление человека к смыслу», предложив понятие «экзистенциальной фрустрации».

Особого внимания заслуживает понятие «фрустрационная толерантность» – способность к адекватной оценке ситуации и поиск успешного пути выхода из нее. При этом существенное значение имеет наличие поддерживающего фактора, и, в частности, поведение взрослых, оказывающихся рядом с детьми (здесь уместно вспомнить упомянутую выше «теорию привязанности», периодизацию этапов развития, стадии психосексуального развития, периодизацию и клинические характеристики возрастных кризисов).

В 1945 г. С. Розенцвейг выделил три типа фрустрационных ситуаций. К первому он отнёс лишения (privation), т.е. отсутствие необходимых средств для достижения цели или удовлетворения потребности. Второй тип составляют потери (deprivation). Третий тип – ситуации конфликта [49].

Еще раз следует подчеркнуть дифференциацию понятий «фрустрация» и «депривация» по причинам и механизмам их возникновения: «фрустрация» расценивается как следствие неудовлетворённых желаний или неудачам в достижении поставленной цели, то «депривация» обусловлена отсутствием самого предмета или возможности, необходимой для удовлетворения. Тем не менее, как фрустрационная, так и депривационная теории невроза сходятся в утверждении общего патогенеза невротического состояния по одной из двух возможных схем [101]. Согласно первой из них, депривация ведёт к фрустрации; фрустрация → к агрессии; агрессия → к тревоге, далее последовательно следуют возникновение защитных реакций (и использование совладающих механизмов поведения, о которых речь пойдет дальше), торможение, возвращение вытесненного и формирование симптома. По другой схеме прослеживается следующая этапность: депривация → фиксация → замедление развития → устойчивость инфантильной потребности в материнской заботе и регрессивное поведение [72]. Из приведенного следует, что эти два варианта могут участвовать в патогенезе формирования определенной психопатологической симптоматики.

Говоря о теориях психологической травматизации, следует также упомянуть и о классификации А. Green (цит. по Дж. Джекобсон А.) [34], которым предложена «типология травматических агентов». Среди которых выделены: 1) угроза жизни и целостности тела; 2) тяжелый соматический вред или повреждение; 3) получение намеренного вреда/повреждения; 4) воздействие чего-то фантастического; 5) быть свидетелем или знать о насилии, совершенном над любимым человеком; 6) знание о попадании под воздействие вредоносного агента; 7) стать причиной смерти или тяжелого повреждения кого-либо.

На современном этапе психологи выделяют следующие типы травматических ситуаций: 1) краткосрочное, неожиданное травматическое событие; 2) постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора – серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие [84].

Безусловный научный интерес представляют также подходы к классификации психических травм, предложенные отечественными психиатрами. Так, Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушаковым (1984), были выделены 4 группы психических травм (массивные или катастрофические, внезапные; ситуационные острые (подострые), пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия – кумир семьи); пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие). В.Н. Мясищевым (1969) было сформулировано положение о том, что при рассмотрении травмирующей ситуации необходимо учитывать ее ценностно-смысловую значимость для субъекта. Это явилось основанием для разделения

психических травм на объективно-значимые и условно-патогенные. Тем самым автором была подчеркнута важность семантического содержания психотравмирующего события.

Следует также отметить и классификацию психических травм, предложенную В.В. Ковалевым (1979), который одним из первых в отечественной психиатрии наряду с прочими психотравмирующими ситуациями выделял и депривационный фактор: 1) шоковые психические травмы (нападение животного, появление чужого, удар грома); 2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременные, но психологически очень значимые для ребенка (утрата или болезнь одного из родителей, ссора со сверстниками и т.п.); 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие основные ориентации ребенка (семейные конфликты, противоречивое и деспотическое воспитание, неуспеваемость и т.п.); 4) факторы эмоциональной депривации (недостаток ухода, заботы, ласки и т.п.).

Как видно, классификационные подходы в систематике психической травмы многообразны. Сложность ситуации заключается еще и в том, что реакция на психическую травму имеет широкий диапазон клинических и психологических проявлений. В частности, психическое состояние детей, поступающих в приют, варьирует от острых и подострых депрессий, тревоги и нарушений поведения до стертых психологических реакций, включая варианты отставленного реагирования. И в первом и втором случаях речь может идти о периодах «собственной работы горя», подробно описанные в монографии М.М. Решетникова (2006).

В своей работе «Психотравматология» В.М. Кровяков (2005) следующим образом описывает патогенез психической травмы: «При воздействии травмы происходит фрагментация сознания. при этом разные «кусочки» организуют себя в соответствии с определенными паттернами. Возникают частичные объекты. Переживаемый травматичный опыт не погружается в поток психического процесса, где он мог бы быть переработан в образы. Вместо этого происходит аффективное и ассоциативное блокирование. В итоге внутренний мир человека населяется отрывочными иррациональными объектами, безымянными и оторванными, отчужденными от личностного смысла или значения. К расщеплению психики приводит не сама травматичная ситуация, а устрашающий смысл, который этому событию придает индивид. Травматичное событие переживается в виде «зафиксированного страха»... Психика переводит внешнюю травму в самотравмирующую внутреннюю силу, которая вначале является защитной, но затем превращается в саморазрушающую». При этом реализуемые травматические защиты отличаются высокой сопротивляемостью к изменениям [40].

Важно подчеркнуть, что на протяжении последних десятилетий в психопатологии произошли существенные изменения, касающиеся интерпретации последствий психической травматизации. При этом изменившиеся воззрения на психический стресс и психическую травму пока лишь в самой незначительной степени интегрированы с новыми представлениями о расстройствах психического развития.

В клинической психиатрии до сих пор преобладают механистические представления о психической травме, которые находят свое выражение в критериях К. Ясперса 1913 г. Согласно этому подходу, сформулированному в начале XX в., психогенные расстройства возникают вслед за психической травмой. Характер психотравмы отражается в содержании доминирующих психологических переживаний больных, и после исчезновения психотравмирующих обстоятельств вызванные ими психические расстройства редуцируются. Однако тем же Ясперсом впоследствии была сформулирована иная, альтернативная концепция развития. Эта концепция была блестяще развита в последующие годы П.Б. Ганнушкиным (1933) и О.В. Кербиковым (1961), в представлениях о патологических развитиях личности А.Е. Личко (1982).

Дальнейшее формирование научных представлений о психическом стрессе было связано с концепцией хронических стрессовых состояний, включая ПТСР, расстройства личности после катастроф и хронические расстройства адаптации. Большое влияние на их формирование оказал выделенный в послевоенные годы «синдром узников концлагерей», которые в некоторой степени можно расценить как защитно-приспособительное поведение [67]. Указанные клинические концепции в целом подтвердили правильность теории патологического развития личности и подчеркнули некоторые существенные моменты, сопряженные с последствием длительного психического стресса. Однако, как показывает анализ современных научных данных, они в недостаточной мере учитывают фактор «почвы» и связанных с ним особенностей конституционального развития. Более того, указанные психопатологические формы остаются недостаточно описанными и нуждаются в дальнейшей клинической разработке [12, 15].

Наконец, в последние десятилетия наметилась тенденция к рассмотрению воздействий психического стресса с позиций концепции реляционных расстройств. Категория реляционных расстройств в качестве предварительного диагноза была даже включена в DSM-IV (American

Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.) [106]. Эта концепция рассматривает психический стресс не как однократное травмирующее воздействие, последствия которого постепенно сходят на нет. Напротив, последствия стресса понимаются как динамический и многоэтапный процесс волнового «угасания» и вторичной «актуализации» стрессовых эффектов, которые опосредуются многокомпонентными социальными взаимодействиями, в которые включена личность. В результате стрессовые события могут приводить не только к известным по клинической практике расстройствам адаптации, но и выливаться в многообразные смещенные реакции, запускать комплементарные формы реагирования у окружающих, а также длительное время сохраняться в латентном состоянии. При этом в провоцирующих ситуациях стрессовые переживания, пусть и в видоизмененной форме, могут проявляться вновь.

Сказанное имеет большое практическое значение для исследований последствий ранней депривации, т.к. дети, перенесшие психическую травму, остаются вовлеченными в разнообразные социальные взаимодействия. Более того, на характер реляционных реакций существенный отпечаток накладывает физиологическое созревание ребенка. Как известно, развитие центральной нервной системы ребенка во многом зависит от возрастных гормональных сдвигов, периодов накопления и редукции нейронов мозга, а также темпа формирования различных нейрофизиологических систем мозга. Взаимодействие этих процессов в результате депривационного стресса имеет первостепенное значение, что было впервые продемонстрировано еще на примере так называемой «анаклитической» депрессии у младенцев, разлученных с матерями, описанной R. A. Spitz и A. Wolf (1946).

Изъятие ребенка из семьи в связи со сложными психосоциальными условиями, а также помещение его в детское социозащитное учреждение согласно МКБ-10 рассматриваются как факторы, определяющие болезненное состояние. В данном случае речь идет о классе XXI: «факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения», в котором выделяют следующие рубрики: Z60 – проблемы, связанные с адаптацией к образу жизни; Z61 – проблемы, связанные с неблагоприятными жизненными событиями в детстве; Z62 – другие проблемы, связанные с воспитанием ребенка; Z63 – другие проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства; Z63 – проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами, Z81 – в семейном анамнезе психические расстройства и расстройства поведения) [57]. Эти факторы, в свою очередь, могут повлечь за собой как острые стрессовые реакции на уже подготовленной для этого почве дисгармоничных отношений в микросоциальном окружении, так и расстройства адаптации.

Следует акцентировать внимание на тот факт, что детскими психиатрами Н. Remschmidt и М. Schmidt в 1994 г. на основании МКБ-10 ВОЗ был предложен собственный «многоосевой подход» классификации психических расстройств детского и подросткового возраста, который впервые был представлен в 1967 г. на 3-м семинаре ВОЗ по психиатрической диагностике и систематике в Париже рабочей группой английского психиатра М. Раттера. Данная классификация включала следующие оси: ось I (клинические психопатологические синдромы); ось II (специфические расстройства психического развития); ось III (уровень интеллекта); ось IV (соматические состояния); ось V (сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации); ось VI (глобальная оценка степени психосоциальной адаптации, ребенка/подростка) [44].

V ось, по мнению авторов Н. Remschmidt и М. Schmidt, предоставляет возможность кодирования аномальных психосоциальных ситуаций, которые могут играть определенную роль в качестве причины возникновения психического расстройства или иметь значение при планировании его лечения, что имеет большое значение на современном этапе развития социальной психиатрии.

К основным классам нарушений, кодируемых по V оси, относят: 1) аномальные отношения в семье; 2) психическое расстройство, отклонения или нетрудоспособность в группе первичной поддержки ребенка; 3) неадекватное или искаженное общение в семье; 4) аномальные качества воспитания; 5) аномалии ближайшего окружения; 6) неблагоприятные события в жизни; 7) социальные стрессовые события; 8) хронический межличностный стресс, связанные с учебной /работой; 9) стрессовая ситуация в школе.

Таким образом «многоосевой подход» в диагностике психических нарушений и психологических проблем детей и подростков отражает многофакторную природу их происхождения, проявляющуюся в нарушениях физиологических, психологических и социальных механизмов адаптации.

Для психиатров и психологов безусловно представляют интерес следующие последствия травматических переживаний детского возраста: 1) вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость;

2) наиболее вероятно, ситуация создается по умыслу; 3) сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва переживает страх повторения травмы; 4) чувство беспомощности в предотвращении травмы; 5) для воспоминаний о такого рода событиях характерна их неясность и неоднородность в силу диссоциативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией; 6) результатом воздействия травмы типа 2 может стать изменение «Я»-концепции и образа мира индивида, что в последствии может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки; 7) высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера, что проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта; 8) диссоциация, отрицание, отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами может иметь место в качестве попытки защиты от непереносимых переживаний; 9) приводит к тому, что иногда обозначают как комплексный ПТСР, или расстройство, обусловленное воздействием экстремального стрессора [86].

Вместе с тем, ключевым моментом в патогенезе психической травмы у детей и подростков рассматривается фактор насилия. М.Д. Асановой выделены четыре основных типа насилия: 1) физическое насилие, оказанное воспитателем (родителем) в ответ на нежелательное или неправильное, с точки зрения воспитателя, поведение ребёнка; 2) сексуальное насилие, представляющее собой любой контакт или взаимодействие между ребёнком и другим лицом (включая подростков), при котором ребёнок сексуально эксплуатируется; 3) эмоциональное насилие, представляющее собой длительную неадекватную реакцию взрослых в ответ на экспрессивное поведение ребёнка, подавляющее личность ребёнка, его творческий и интеллектуальный потенциал; 4) экономическое насилие, возникающее в тех случаях, когда не удовлетворяются основные потребности ребенка, контролируется его поведение с помощью денег; ребенок используется как средство экономического торга при разводе [85].

Следует акцентировать внимание и на факторах, при которых риск применения любых форм насилия по отношению к ребёнку возрастает: бедность; низкий уровень образования родителей; негативное отношение матери к беременности (нежеланный ребёнок). В частности, в настоящее время имеются данные о влиянии информационных связей (сенсорных, гуморальных, в том числе трансплацентарных) между будущей матерью и плодом на формирование психических функций будущего ребенка [59, 79, 88].

Следующая группа факторов, определяющих насилие в семье, представлена случаями зависимого поведения: наркомания и алкоголизм родителей. В этих случаях, психический статус ребенка, как указывает С.В. Ильина (2009), определяется паттерном зависимости от компульсивного поведения родителей, формирующимся как следствие попыток ребенка обрести безопасность, сохранить собственную идентичность и самоуважение. Результатом такой формы родительского отношения при алкоголизме и наркомании, как правило, являются хрупкость и проницаемость границ «Я», обесценивание чувств (и утрата способности их выражать), нарушение способности к установлению эмоциональной близости.

Особого разговора заслуживают случаи насилия над детьми в семейном анамнезе. Наиболее часто жертвами различного рода насилия, как со стороны взрослых, так и сверстников, становятся: 1) дети, воспитывающиеся в условиях жестких отношений в семье, которые враждебно воспринимают мир и готовы быть жертвами насилия со стороны сильных и сами проявлять насилие к слабым; 2) дети, воспитывающиеся в условиях безнадзорности, заброшенности, эмоционального отвержения, не получающие достаточного ухода и эмоционального тепла и часто имеющие отставание психофизического развития, не способные оценить степень опасности и сопротивляться насилию; 3) дети, предоставленные улице; 4) дети, которые воспитываются в обстановке беспрекословного подчинения, не умеющие сказать «нет», с нечеткими внутренними границами, не способные сопротивляться насилию, боязливые и тревожные; 5) дети с психическими аномалиями (психопатии, олигофрении, последствия органических заболеваний ЦНС и ЧМТ), не способные адекватно оценить опасность ситуации.

Таким образом, травматические ситуации – это экстремальные критические, для личности, события, которые обладают мощным негативным воздействием и требуют от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия [84]. Здесь неизбежным становится рассмотрение вопроса о способах преодоления стрессовых ситуаций или о копинг-стратегиях поведения.

Совладающее поведение как структурный компонент общего адаптационного синдрома

Впервые термин «копинг» появился в психологической литературе благодаря научным трудам Л. Мэрфи (1974), изучавшим возможные способы преодоления детьми кризисов развития. Согласно его определению, термин «копинг» означает «некую попытку создать новую ситуацию, будь она угрожающей, опасной, ставящей в неловкое положение, или радостной и благоприятной». В последующие годы изучением копинг-поведения занимались N. Naan (1965, 1974), R.S. Lazarus и S. Folkman (1984, 1987), J.H. Amirkhan (1990), Л.Н. Собчик (2000), Николькая И.М., Грановская Р.М. (2006).

По мнению Исаевой Е.Р. с коллегами (2009), «копинг-поведение» – это, с одной стороны, индивидуальная устойчивая личностная структура (диспозиция), т.е. набор определенных, соответствующих индивидуально-личностным характеристикам и эмоционально-динамическим свойствам индивида вариантов (способов) поведения и реагирования в стрессовых ситуациях. С другой стороны, это широкий спектр разнообразных стратегий преодоления стресса, которыми личность может манипулировать (использовать) в зависимости от внешних обстоятельств, условий деятельности и индивидуальных целей. Чем активнее и разнообразнее будет выбор, тем выше ее адаптационный потенциал, и тем успешнее происходит психологическая адаптация личности».

Близко к понятию копинг-поведения по значению стоит термин «психологическая защита». Термин «защита» впервые появился в работах З. Фрейда (1926, 1933) для обозначения «всех приемов, которые «Я» использует в конфликте и которые могут привести к неврозу». В последующие годы А. Фрейд (1993) расширила представления о защитных механизмах, они стали рассматриваться как функции «Я» – при угрозе целостности личности именно защитные механизмы отвечают за ее интеграцию и приспособление к реальным обстоятельствам.

В современном представлении защитные механизмы представляют собой продукты развития и научения, действующие в подсознании, которые запускаются в ситуации конфликта, фрустрации, стресса [37]. Здесь уместно вспомнить фрустрационную теорию С. Розенцвейга и теорию кумулятивной травматизации М. Хана, о которых выше шла речь.

По мнению Е.Р. Исаевой (1999, 2001), есть основания предполагать, что психологическая защита задает направление копингу, формирующемуся в более поздние сроки онтогенетического развития и закрепляющемуся в процессе накопления жизненного опыта. В более поздних своих работах Е.Р. Исаева (2009) рассматривает трехфакторную модель копинг-механизмов, состоящую из копинг-стратегий, копинг-ресурсов и копинг-поведения. Копинг-стратегии – это актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, способ управления стрессором. Копинг-ресурсы представляют собой относительно стабильные личностные характеристики, обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий. Поведение индивида, регулируемое и сформированное посредством использования копинг-стратегий с учетом копинг-ресурсов, определяется как копинг-поведение. Основной составляющей этой модели являются, таким образом, копинг-стратегии, которые обуславливают поведение и эмоциональные реакции на стресс.

Не смотря на некоторые разногласия в трактовках понятий психологических защит и копинг-стратегий поведения, в целом, в литературе оба этих механизма рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов индивида [1-3, 7, 11, 35-37, 77, 85, 87, 109].

Согласно модели, разработанной Н.А. Сирота и В.М. Ялтонским (2001), успешное или адаптивное копинг-поведение включает в себя следующие компоненты: сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки; сбалансированность когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов копинг-поведения и достаточное развитие когнитивно-оценочных механизмов у данной личности; преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудачи, готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность копинг-поведения на источник стресса; достаточные личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие позитивный психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий [77]. Сказанное еще раз подтверждает тот факт, что, совладающее поведение может быть рассмотрено как структурный компонент общего адаптационного синдрома.

В настоящее время в работах, посвященных изучению адаптационных возможностей, можно встретить понятие «личностный адаптационный потенциал» [37]. Некоторые авторы (А.М. Богомолов, цитата по Е.Р. Исаевой, 2009) отождествляют «адаптационный потенциал» с понятием «адаптивность», т.е. свойство, выражающее возможность личности к психической адаптации и

определяющее адекватную регуляцию функционального состояния организма в разнообразных условиях жизни и деятельности.

Таким образом, адаптационный потенциал рассматривается в отечественной психологии как системное свойство личности, которое определяет границы адаптационных возможностей в ответ на воздействие тех или иных факторов и условий среды [87].

О роли неспецифических адаптационных реакций организма в оценке общего адаптационного синдрома в условиях хронической травматизации

Адаптационный синдром, как известно, представляет собой совокупность приспособительных реакций организма человека и животных, носящих общий защитный характер и возникающих в ответ на сильные и продолжительные неблагоприятные воздействия – стрессоры. Понятие было предложено в 1936 г. Г. Селье, который экспериментальным путем на животных установил, что различные факторы могут вызывать в организме как специфические (соответствующие именно данному фактору), так и неспецифические реакции [80]. Хронический стресс сопровождается снижением неспецифической резистентности и является неспецифической основой целого ряда заболеваний [46]. При этом достоверно доказаны нарушения со стороны иммунной, гормональной, кроветворной систем и т.д., возникающие в ответ на травмирующую ситуацию.

В связи с этим важным научным интерес представляет изучение Неспецифических Адаптационных Реакций Организма – теория НАРО [22-25] у детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и воспитывающихся в социозащитных учреждениях. Согласно данной теории, специфические реакции организма представляют собой ответ на качество фактора, а неспецифические – на количество фактора, и связаны в основном с силой, дозой и величиной биологической активности каждого действующего фактора. Вместе с тем, подчеркивают авторы, «каждый действующий фактор является одновременно и специфическим и неспецифическим» [25].

В качестве сигнального показателя адаптационных реакций Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина с соавт. (1990, 1995, 1996, 2006) было выбрано процентное содержание лимфоцитов в лейкоцитарной формуле периферической крови. Выделяют следующие неспецифические реакции крови на стресс: реакция тренировки, реакция активации, повышенной активации, спокойной активации, реакция переактивации, каждая из которых свидетельствует об индивидуальном уровне адаптационных возможностей.

Наличие стрессовых реакций крови, при отсутствии активной психопатологической симптоматики, по всей видимости, может быть маркером латентного общего дезадаптационного синдрома в условиях хронической травматизации, включая и доклинические формы психосоматических расстройств.

Таким образом, всё вышесказанное определяет полиморфизм дезадаптационных проявлений (в психосоциальной и физиологической сферах), обусловленных явлениями хронической психической травматизации в условиях перенесенного депривационного опыта, включая аномалии психосоциальной адаптации и формирование нарушений личности и поведения.

Последствия депривации и пути их преодоления

Принимая во внимание выраженность патогенетических (психосоциальных) механизмов и биологическую уязвимость детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, особое значение приобретают мероприятия, направленные на профилактику и снижение неблагоприятных последствий детской депривации.

Считается, что большую роль в предупреждении и своевременной коррекции отклонений психического развития могут сыграть факторы психологической и материальной поддержки [93]. К ним можно отнести гуманное и заботливое отношение со стороны взрослых и сверстников, а также помощь специализированных организаций и социальных институтов.

Как свидетельствуют N.I. Zuna, J.P. Selig, J.A. Summers, A.P. Turn-bull (2009), понятие «качество жизни семьи» (family quality of life) – это степень удовлетворенности потребностей ее членов в разных сферах жизни и их совместные переживания в связи с этим [93]. Авторы A. Aznar, D. Castanon (2005), I. Brown (2003), L. Hoffman (2006) выделяют такие сферы, входящие в понятие «благополучие», как: 1) взаимодействия в семье, семейные отношения; 2) родительство. Следует отметить, что понятие «родительство» в научной литературе практически не определено. Р.В. Овчарова дает следующее определение: «Родительство – интегральное психологическое

образование личности. Оно представляет собой систему, включающую совокупность ценностных ориентаций родителя, установок и ожиданий, родительских чувств, отношений и позиций, родительской ответственности и стиля семейного воспитания». Автор работы выделяет признаки адекватности родительских позиций, к числу которых отнесены динамичность, гибкость, внутренняя и внешняя согласованность, комплиментарность, прогностичность; 3) поддержка от окружающих, взаимодействие семьи с местным сообществом; 4) социальные льготы, оказываемые в связи с трудностями семьи (инвалидность и т.п.); 5) эмоциональное благополучие; 6) физическое благополучие; 7) материальное благополучие; 8) наличие и содержание значимых ценностей; 10) выбор профессии и карьера; 11) здоровье; 12) досуг и отдых [62].

Существенную профилактическую роль могут сыграть также жизненные события, которые создают предпосылки для нормального психического и физического развития. При этом следует подчеркнуть, что в психологическом отношении забота и внимание, которые уделяют окружающие ребенку, оказывают свое позитивное воздействие только при наличии безопасной среды. В условиях же сиротства и социального сиротства ребенок, как правило, сталкивается с серьезными нарушениями детско-родительских отношений и микросоциальной ситуации, когда близкие ребенку люди или его непосредственное окружение оказываются главными источниками психической травматизации.

В этом контексте большое значение имеют типичные особенности детской психики и связанные с ними способы преодоления травматических ситуаций. К ним относятся следующие особенности: 1) недостаточность физических, интеллектуальных, эмоциональных и личностных ресурсов, которыми обладает ребенок, что создает условия для повышенной уязвимости детской психики; 2) большая зависимость психического состояния ребенка от его отношений с окружающими его взрослыми, а также от межличностных связей и социальных ролей, которые он по мере взросления осваивает; 3) взаимодействие между потребностью в опеке и стремлением к психологической автономии является базовым элементом развития ребенка и становления его личности. Происходящая в процессе взросления относительно быстрая смена иных доминирующих потребностей обуславливает сложный, динамичный и неоднозначный характер воздействия психической травмы в разные периоды детства; 4) высокая пластичность детской психики, которая позволяет ребенку сравнительно быстро преодолевать острые стрессовые ситуации и утраты, и в то же время создает предпосылки для возникновения серьезных психологических искажений в условиях хронического стресса и неблагоприятных внешних воздействий.

В последнее время неоднократно поднимается вопрос о целесообразности предупреждения последствий депривации путем воспитания детей из социозащитных учреждений в замещающих, в том числе профессиональных, семьях [63-65]. В работах В.Н. Ослон и А.Б. Холмогоровой (2001) под профессиональной замещающей семьей понимается, прежде всего, семья, которой социальными институтами переданы забота и воспитание ребенка, и «где один или оба родителя получают зарплату за воспитание детей». Другие авторы утверждают, что можно считать профессиональными замещающими семьями также и другие формы семейного устройства детей, которые в правовом и экономическом отношении отличаются от опеки и усыновления [28]. Как указывает Давлятова С.В. (2013), «общение в триаде: воспитатели замещающей семьи, социальное учреждение и кровные родственники ребенка, находящегося в данный момент в социальном приюте, становится стимулом к позитивному изменению ценностных ориентиров в неблагополучной семье».

Заключение

Таким образом, с исследовательской точки зрения процесс хронизации травматического опыта в условиях рассматриваемой нами депривационной ситуации у детей-сирот и социальных сирот крайне индивидуален и затрагивает в той или иной степени все сферы адаптационного потенциала личности, находя свое отражение в изменениях «Я»-концепции и «образа мира подростка» и приводя, в последствии, к социально-психологической и/или психосоматической дезадаптации, что позволяет несколько шире, по всей видимости, посмотреть на проблему личностных расстройств. Неоспоримым оказывается тот факт, что любая ситуация насилия, в которой оказывается ребенок, носит полифакторный характер, и вопрос о том, будет ли происшедшее переживаться как травма в дальнейшем, решается в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, условий, в которых протекает его развитие, характера воздействия травмирующего фактора, наличия фактора психологической поддержки.

Приведенные в данной работе результаты анализа и обобщения имеющихся научных данных по проблеме междисциплинарного изучения последствий детского депривационного опыта свидетельствуют о необходимости продолжения исследования мультифакторного влияния хронической травматизации на формирование клинико-психопатологических проявлений и структурных нарушений личности подростков с целью выявления специфических доклинических признаков формирования личностных расстройств, приводящих к социально-психологической дезадаптации, что позволит сделать профилактические мероприятия более целенаправленными и индивидуализированными.

Литература

1. Абабков В.А. Систематическое исследование семейного стресса и копинга // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1998. – №2. – С. 4-8.
2. Абабков В.А. Защитные психологические механизмы и копинг: анализ взаимоотношений // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения–2004» / Под ред. Л.А. Цветковой. Санкт-Петербург. – СПб: Изд-во СПбГУ, 2004. – С. 14-22.
3. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб: Речь, 2004. – 166 с.
4. Авакян Т.В., Воликова С.В. Эмоциональные нарушения у детей-сирот, проживающих в детских домах разного типа // Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность? Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Санкт-Петербург, 14-17 мая 2014 г. – СПб: Изд-во Альта Астра, 2014. – С. 215-217.
5. Алексеева Л.С. Зависимость отклоняющегося поведения несовершеннолетних от типа неблагополучной семьи // Предупреждение педагогической запущенности и правонарушений школьников. – М.: Просвещение, 1980. – С.28-31.
6. Алексеенкова Е.Г. Личность в условиях психической депривации. СПб: Питер, 2009. – 96 с.
7. Асмолов А.Г. Неосознаваемые механизмы регуляции поведения личности: Стенограмма лекции. – М., 1989. – 234 с.
8. Астоянц М.С.К определению социального исключения // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2006. – №1. – С. 139-142.
9. Астоянц М. С. Мир сиротства в советской и постсоветской России. Ростов н/д: ИПО ПИ ЮФУ, 2007. – 204 с.
10. Астоянц М. С. Социальная инклюзия детей-сирот: проблемы и перспективы российской социальной политики // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. – 2009. – №11. – С. 23-31.
11. Бассин Ф.В. Проблема бессознательного в неосознаваемых формах высшей нервной деятельности / Под ред. Ф.В. Бассин. – М.: Медицина, 1968. – 468 с.
12. Бобров А.Е., Белянчикова М.А. Распространенность и структура психических расстройств в семьях женщин, страдающих пороками сердца (лонгитюдное исследование) // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1999. – Т.99, №1. – С. 52-55.
13. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Под ред. Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
14. Блейхер В.М., Крук И.В. 1995. Толковый словарь психиатрических терминов. Электронная библиотека OwnLib.ru.
15. Бобров А.Е., Рыбина Н.А., Кульгина М.А. Типология расстройств адаптации у студентов // Ученые записки. – СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2009. – Т.16, №1. – С. 40-45.
16. Боулби Дж. Привязанность. пер. с англ. / Общ. ред. – Г.В. Бурменская. – М.: Гардарики, 2003. – 480 с.
17. Буянов М.А. Ребенок из неблагополучной семьи // Записки детского психиатра. – М., Просвещение, 1988. – 208 с.
18. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Избранные психологические труды. 3-е изд. / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2001. – 349 с.
19. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Диссоциально-расстройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки. Аналитический обзор. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – 2003. – 40 с.
20. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008. – №1. – С. 25-41.
21. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – М.: Север, 1933. – 143 с.

22. Гаркави Л.Х. Реакция активации – общая неспецифическая адаптационная реакция на раздражители «средней» силы. В кн.: «Адаптационные реакции и резистентность организма». – Ростов: 1990. – С. 36-63.
23. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. О критериях оценки неспецифической резистентности организма при действии различных биологически активных факторов с позиции теории адаптационных реакций // Волны в биологии и медицине. – 1995. – №6. – С. 11-21.
24. Гаркави Л.Х. Понятие здоровья с позиций теории неспецифических адаптационных реакций организма // Валеология. – 1996. – №2. – С. 16-20.
25. Гаркави Л.Х. Активационная терапия. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского ун-та, 2006. – 256 с.
26. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М.: КРОНПРЕСС, 1996. – 208 с.
27. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М., 2001. – 477 с.
28. Давлятова С.В. Профессиональная замещающая семья как форма заботы о детях, лишенных родительского попечения // Научные труды S. World. – 2013. – Т.1, N1. – Р. 12-16.
29. Девятова О.Е. Семейная депривация и психические расстройства у детей. – М.: Барс, 2004. – 114 с.
30. Джекобсон Дж., Джекобсон А. Секреты психиатрии / Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 576 с.
31. Змановская Е.В. Психодинамические аспекты влияния семьи на девиантное поведение личности // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2002. – Т.16, № 4. – С. 196-199.
32. Змановская Е.В. Психодинамические факторы агрессивного поведения // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2003. – Т.17, № 1. – С. 186-192.
33. Змановская Е. В. Психология девиантного поведения: структурно-динамический подход. – СПб.: Изд-во СПб университета МВД России, 2005. – 274 с.
34. Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. – 1998. – №6. – С.65-74.
35. Исаева Е.Р., Редькина М.В. Симптомокомплекс дезадаптации: маркеры психологического неблагополучия на модели студентов-менеджеров // Материалы 1-й Международной конференции по клинической психологии памяти Б.В. Зейгарник / Отв. ред. А.Ш. Тхостов. – М.: МГУ, 2001. – С. 128-131.
36. Исаева Е.Р. Защитно-совладающий стиль и его роль в психологической адаптации личности // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. Л.А. Коростылевой. – СПб: Изд-во СПбГУ, 2004. – №8. – С. 206-216.
37. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.
38. Калачева И.О., Карнаухова Е.Н., Мазур А.Г. Психогенные расстройства у детей и подростков (вопросы диагностики и реабилитации) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – №1. – С. 23-25.
39. Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №4. – С. 41-45.
40. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа (пер. с англ.). – М.: Академический Проект, 2001. – 368 с.
41. Кербинов О. В. Проблема психопатий в историческом освещении. Сообщение третье: Учение о психопатиях в работах П. Б. Ганнушкина // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1958. – Т.58, №10. – С. 1253-1258.
42. Ковалев В.В. Ситуационные реакции, проявляющиеся в нарушениях поведения, как форма психогенных (реактивных) расстройств у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1979. – № 10. – С. 1386-1391.
43. Ковалев В.В. О взаимоотношениях биологического и социального в психиатрии // Методологические вопросы психиатрии. – М., 1981. – С. 5-11.
44. Ковалёв В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
45. Ковалев В.В., Шевченко Ю.С. Проблема невротозов и невротоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1996. – №6. – С. 127-130.
46. Кокс Т. Стресс. – М.: Медицина, 1981. – 216 с.
47. Костандов Э.А. Восприятие и эмоции. – М.: Медицина, 1977. – 248 с.
48. Кошелева А.Д. К проблеме ранних дисгармоний в эмоциональной сфере ребенка-дошкольника // Конгресс по детской психиатрии: Материалы Конгресса. Москва, 25-28 сентября 2001 г. – Москва, 2001. – С. 187-188.
49. Кровяков В.М. Психотравматология. Психическая травма, психогении в этиопатогенетических механизмах развития психических расстройств. – М.: Наука, 2005. – 290 с.

50. Кравченко Н.Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор) // Терапия психических расстройств. – 2007. – №4. – С. 4-20.
51. Лакошина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. – М.: Медицина, 1984. – 272 с.
52. Лангмейер И., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте (пер. с чешск.). – Прага: Авицenum, 1984. – 335 с.
53. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Психология индивидуальных различий / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – М.: Изд-во МГУ, 1982. – С. 288-318.
54. Личко А.Н. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд. доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
55. Махмутова Р.К. Психология материнства: теоретические аспекты изучения мотивации материнского поведения // Вестник Удмуртского университета. – 2010. – №2. – С.46-55.
56. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – Женева, СПб: ВОЗ, 1994. – 302 с.
57. Мясичев В.Н. Проблема личности и ее роль в вопросах соотношения психологии и физиологии // Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях. Труды НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева. – Л.: 1969. – Т.50. – С.6-17.
58. Мясичев В.Н. Психология отношений / Под ред. А.А. Бодалева. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОД ЭК», 1995. – 366 с.
59. Мухамедрахимов Р.Ж. Формы взаимодействия матери и младенца // Вопросы психологии. – 1994. – №6. – С.16-25.
60. Мухина В.С. Психологическая помощь детям, воспитываемым в учреждениях интернатного типа // Вопросы психологии. – 1989. – №1. – С. 32-39.
61. Новикова Г.Р., Вострокнутов Н. В., Шалимов В.Ф. Медико-психолого-социальное сопровождение детей с пограничными психическими расстройствами в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 2. – С. 73-82.
62. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 496 с.
63. Ослон В.Н. Проблемы сиротства в России: социально-исторические и психологические аспекты // Семейная психология и семейная терапия. – 2001. – №1. – С. 5-37.
64. Ослон В., Холмогорова А. Замещающая профессиональная семья, как одна из моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии. – 2001. – № 3. – С. 79-90.
65. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей сирот: профессиональная замещающая семья. – М.: Генезис, 2006. – 368 с.
66. Почебут Л.Г. Социальная психология толпы. – СПб: Изд-во «Речь», 2004. – 240 с.
67. Прихожан, А. Анализ содержания образа «Я» в старшем подростковом возрасте у учащихся массовой школы и школы интерната / В кн. под ред. И. Дубровиной: Возрастные особенности психического развития детей. – М., 1982. – С. 122-187.
68. Прихожан А., Толстых Н. Младший школьник / В кн. под ред. И. Дубровиной, А. Ружской: Психическое развитие воспитанников детского дома. – М.: Педагогика. 1990. – С. 175-204.
69. Проселкова М.Е. Депривационные расстройства у детей из условий сиротства // Охрана здоровья детей и подростков: Материалы IV конгресса педиатров России. Москва, 17-18 ноября 1998 г. – Москва, 1998. – С. 91-92.
70. Психологический словарь. 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. В.П. Зинченко, Б. Г Мещерякова. – М.: Педагогика-Пресс, 1999. – 440 с.
71. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа (пер. с англ. Л.В. Топорова, С.В. Воронина, И.Н. Гвоздева) / Под редакцией С.М. Черкасова. – СПб: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995. – 288 с.
72. Решетников М.М. Психическая травма. – СПб: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 322 с.
73. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияние на психическое развитие детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – №3. – С. 7-14.
74. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. – Мытищи: Издательство «Талант», 1996. – 144 с.
75. Сенкевич Л.Ф., Попова С.В., Султанбеков Б.А. Специфика личностного развития подростков, оставшихся без попечения родителей // Практическая психология и логопедия. – 2006. – Т.19, №2. – С. 42-48.
76. Сенкевич Л.Ф. Психологическая коррекция социально-дезадаптированных подростков, оставшихся без попечения родителей // Мультиmodalный подход в психотерапии и психологическом

- консультировании: Материалы IV научно-практической конференции «Грани психотерапии». – М.: Центр помогающей психологии «Линия времени», 2006. – С. 35-41.
77. Сирота Н.А. Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – №1. – С. 63-74.
 78. Смирнова Е.О., Галагузова Л.Н., Ермолаева Т.В. Особенности психического развития детей, воспитывающихся вне семьи // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. – М., 1994. – С. 57-58.
 79. Солоед К.В. Объектные отношения у детей, разлученных с матерью на 1 году жизни // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – №4. – С. 70-94.
 80. Степанов С.С. Популярная психологическая энциклопедия. – М.: Эксмо, 2005. – 672 с.
 81. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1965. – 355 с.
 82. Тарасенкова И.А., Сенкевич Л.Ф. Системно-психологический подход к проблеме ранней профориентации депривированных подростков // Мультиmodalный подход в психотерапии и психологическом консультировании: Материалы IV научно-практической конференции «Грани психотерапии». – М.: Центр помогающей психологии «Линия времени», 2006. – С. 41-44.
 83. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
 84. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.
 85. Ташлыков В.А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных невротами в процессе психотерапии // Медико-психологические аспекты охраны психического здоровья. – Томск, 1990. – С. 60-61.
 86. Хорни К. Новые пути в психоанализе (пер. с англ. А. Боковикова). – М.: Академический Проект, 2007. – 239 с.
 87. Хохлова К.А. Характеристики саногенного потенциала личности наркозависимых: Дисс. ... канд. психол. наук. – СПб, 2007. – 234 с.
 88. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.
 89. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы (пер. с англ.). – М.: Педагогика, 1993. – 144 с.
 90. Фрейд З. Влечения и невроты. – М.: Академический проект, 2007. – 270 с.
 91. Франкл В. Доктор и душа. – СПб: Ювента, 1997. – 287 с.
 92. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М.: Республика, 1994. – 447 с.
 93. Шведовская А.А., Загвоздкина Т. Ю., Социально-экономический статус семьи и психическое развитие ребенка: зарубежный опыт исследования // Психологическая наука и образование. – 2013. – №1. – С. 65-76.
 94. Эриксон Э. Г. Детство и общество. – СПб: Речь, 2000. – 416 с.
 95. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис (пер. с англ.) / Под ред. А.В. Толстых. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. – 344 с.
 96. Aznar A. S., Castanon D. G. Quality of life from the point of view of Latin American families: A participative research study // Psychological Science and Education. – 2013. – N1. – P. 73-84.
 97. Brown I., Anand S., Fung W. L. A., Isaacs B., Baum N. Family quality of life: Canadian results from an international study // Journal of Developmental and Physical Disabilities. – V.15, N3. – P. 207-230.
 98. Cantazaro A., Wei M. Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: A test of a meditational model // Journal of Personality. – 2010. – V.78. – P. 1135-1162.
 99. Crawford T.N., Livesley W.J., Jang K.L. et al. Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults // European Journal of Personality. – 2007. – V.21. – P. 191-208.
 100. Ein-Dor T., Doron G., Solomon Z. et al. Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder // Journal of Counseling Psychology. – 2010. – V.57, N3. – P. 317-327.
 101. DSM-IV - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. – Washington: American Psychiatric Association, 1994. – 886 p.
 102. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. A structural theory of ego defense and emotions. In C.E. Izard. Emotions in personality and psychopathology. – New York: Plenum, 1979. – P.229-257.
 103. Rogers C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change // Journal of Consulting Psychology. – 1957. – V.21. – P. 95-103.
 104. Khan M. M. R. The concept of cumulative trauma. In: The privacy of the self. Ed. By M.M.R. Khan. – L.: Hogarth. – 1974. – 234 p.
 105. Mikulincer M., Shaver Ph.R. Взгляд на психопатологию с точки зрения теории привязанности // Всемирная психиатрия. – 2012. – Т.11, №1. – С. 13-18.
 106. Hoffman L., Marquis J.G., Poston D.J. et al. Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the beach center family quality of life scale // Journal of Marriage and Family. – 2006. – V.68, N4. – P. 1069-1083.
 107. Hanson M.D., Chen. E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: the role of family resources and versus family social status // Journal of Health Psychology. – 2007. – V.12, N1. – P. 32-35.

108. Khan M. M. R. The concept of cumulative trauma. In: The privacy of the self. Ed. By M.M.R. Khan. – L., 1974. – 234 p.
109. Vaillant G.E. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanism // Archives of General Psychiatry. – 1971. – V.24. – P. 107-118.
110. Wei M., Heppner P.P., Russell D.W. et al. Maladaptive Perfectionism and Ineffective Coping as Mediators Between Attachment and Future Depression: A Prospective Analysis // Journal of Counseling Psychology. – 2006. – V.53, N1. – P. 67-79.

Информация об авторах

Уласень Татьяна Валентиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: ulas.tat@yandex.ru

Бобров Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела консультативной и дистанционной психиатрии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: bobrov2004@yandex.ru