

На правах рукописи

КРАВЦОВА Наталья Александровна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ
ФОРМ И МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И
ПОДРОСТКАМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.**

19.00.04 – медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук.

Томск, 2009

Работа выполнена на кафедре клинической психологии Владивостокского государственного медицинского университета

Научный консультант – член-корреспондент РАО,
доктор психологических наук,
профессор Залевский Генрих Владиславович

Официальные оппоненты – доктор психологических наук,
профессор Соловьева Светлана Леонидовна

- доктор психологических наук, профессор
Богомаз Сергей Александрович

- доктор медицинских наук
Белокрылова Маргарита Федоровна

Ведущая организация - Научно-исследовательский
Психоневрологический институт им. В.М.
Бехтерева, г. Санкт-Петербург

Защита состоится 27 ноября 2009 года в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16 при ГОУ ВПО «Томский государственный университет» по адресу: 634050, г.Томск, пр. Ленина, 36, 4 корпус, ауд.603 а.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Томского государственного университета по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 34

Автореферат разослан «__» _____ 2009 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета**

Т.Г. Бохан

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Актуальность проблемы исследования определяется, прежде всего, возрастанием распространенности психосоматических расстройств (ПСР), как в общей популяции населения, так и среди детей и подростков.

По данным разных авторов (Д.Н. Исаев, 2004; Ю.Ф. Андропов и соавт., 2000, М. Eminson, 2002 и др.) встречаемость ПСР у детей составляет от 30 до 68% от числа обращающихся в детские поликлиники. Официальная медицинская статистика при расчете заболеваемости детей не выделяет отдельной группой ПСР. Сложность такой статистики связана с тем, что многие из появляющихся у детей и подростков расстройств функций различных органов по своей природе являются психосоматическими, то есть психогенные факторы играют значимую роль в нарушении функций различных органов и систем у ребенка. Игнорирование или уменьшение этой роли приводит с одной стороны, к фармакологическому «залечиванию» ребенка, с другой, к хронизации патологического процесса. При этом, на наш взгляд, не принимается во внимание, что развитие личности ребенка происходит в условиях особой социальной ситуации развития, связанной с болезнью. Частые и/или длительные нарушения функции искажают не только формирование феноменов телесности, но и оказывают воздействие на целостное психическое развитие ребенка (Д.Н. Исаев, 2004). А это означает, что личностное развитие ребенка, страдающего ПСР, может иметь отличия от такового у здорового ребенка. В связи с этим, как можно более раннее лечение ПСР у детей является, по сути, не только профилактикой развития психосоматических заболеваний в старшем возрасте, но и важным условием адекватного психического и целостного личностного развития ребенка.

В.В. Николаева (2003) отмечает, что при явном междисциплинарном характере феноменологии психосоматики широко распространенным является медицинское понимание ее сути. В ситуации, когда телесность

рассматривается как биологическое условие развития психики, лечение, построенное на принципах биомедицинского подхода и направленное на патофизиологические компоненты, остается малоэффективным и не приводит к излечению, оказывая в большей мере симптоматический эффект.

Возрастающая оторванность человека от природы приводит к тому, что социальный фактор имеет все большее значение в развитии феноменов телесности и влияет на характер формирующихся психосоматических отношений. Дети наиболее уязвимы к различным психогенным воздействиям в силу незрелости и несформированности как физиологических, иммунных, так и психологических защит (Д.Н.Исаев,2000; Ю.Ф.Антропов,2001). Психосоматические соотношения в организме устанавливаются в процессе развития и социализации ребенка (В.В. Николаева,2003, А.Ш. Тхостов2002). По сути, любой физиологический процесс опосредован психосоциальным фактором. П.Д. Тищенко (1991), следуя логике концепции культурно-исторического развития психики, отмечает, что «в процессе онтогенеза именно тело становится первым универсальным знаком и орудием человека». Таким образом, тело изначально включено в систему отношений младенца и, следовательно, характер этих отношений формирует психосоматический феномен у ребенка (схему тела, первичную телесную идентичность), а нарушенная система отношений ребенка способствует его искажению.

В.А. Ананьев (2006) вводит понятие структурных аттракторов болезни (САБ), формирующихся в детском возрасте на основе генетических предпосылок и проявляющихся общим девиантным синдромом адаптации. Актуализация данного синдрома ведет, по мнению автора, к появлению ПСР, невроза, суицида, наркологического заболевания и свидетельствует о наличии у человека «фрагментарного» здоровья.

Из всего вышесказанного следует, что профилактика многих заболеваний должна проводиться в детском возрасте и это не противоречит традиционному биомедицинскому подходу. С позиций биологической детерминации здоровья, принятой в биомедицинском подходе, главными

мишенями лечения являются патофизиологические механизмы ПСР. Доминирующее значение в профилактике придается закаливанию тела, диете, своевременным прививкам и прочим стандартным медицинским мероприятиям. При этом психологическому фактору уделяется недостаточное внимание.

В медицине накоплен немалый опыт лечения детей и подростков с ПСР (Д.Н.Исаев, 1996, 1998, 2003; Ю.Ф. Антропов, 1998, 2002, 2005; Ю.С. Шевченко, 1998,2002; Дж.МакДугалл,1999, 2007; М.Эминсон,2002 и др.). Имеются успехи в области профилактики и лечения различных соматических детских заболеваний. На государственном уровне рассматриваются проблемы детского здоровья. Это находит отражение в таких программах как «Дети России», национальный проект «Здоровье нации». В последние годы стали уделять внимание повышению психологической грамотности врачей, в том числе педиатров. В рамках преддипломной подготовки специалистов в медицинских вузах в государственный образовательный стандарт включена дисциплина: «Психология и педагогика». Однако, на наш взгляд, для изменения отношения врачей к пациентам этого недостаточно. Учитывая специфику работы врачей, необходимо расширить перечень психологических дисциплин, среди которых обязательно должны быть «Психология развития и возрастная психология», «Основы психосоматики».

Одной из первых к проблемам развития психосоматических нарушений обратилась психоаналитическая школа (G.Groddek, F.Deutsch, M. Schur, F.Mitcherlich, P.E Sifneos, W.Brautigam, G.Ammon et al). Все имеющиеся на сегодняшний день теории формирования ПСР опираются на клинические наблюдения. С позиций культурно-исторического подхода, культурный и психосоциальный факторы непосредственно участвуют в формировании телесных феноменов. В работах А.Ш. Тхостова (2002), В.В. Николаевой, Г.А. Ариной (2003,2005) представлены закономерности и механизмы становления в онтогенезе таких психосоматических феноменов как образ и схема тела, представлена концепция «культурного тела», встроенного во временную

социальную перспективу. В.В. Николаева (1991, 2003, 2005) отмечает необходимость выделения в развитии ребенка психосоматического аспекта и предлагает периодизацию психосоматического развития ребенка в норме. Она считает, что источником нарушений телесных функций и возникновения ПСР является «отклонение от культурного пути развития» ребенка.

Несмотря на заметное усиление интереса к психосоматической проблеме, отсутствует единая теория психосоматического патогенеза с учетом влияния психосоциальных факторов, что не позволяет разработать принципы и схему этиопатогенетического лечения психосоматических заболеваний. Лечение детей с ПСР в медицинских учреждениях проводится без учета психосоциальных факторов. С другой стороны, попытки некоторых практических психологов преувеличивать значение психогенных факторов и эффективность лечения с помощью только психотерапевтических методов также малоэффективно. Причиной подобного подхода, как у врачей, так и у психологов, по мнению Г.В. Залевского (2007), являются фиксированные формы поведения профессионалов, считающих, что их видение мира – единственно правильное.

Актуальность разработки проблемы психологического содержания организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с ПСР имеет три необходимые предпосылки:

- Выявление базовых психологических структур, формирующихся с самых ранних этапов развития человека на основе генетических предпосылок в специфических микросоциальных условиях и выступающих в качестве основы формирования патологических психосоматических систем, позволит определить мишени психотерапевтических воздействий.

- Построение модели центра и схемы оказания комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям и подросткам, страдающим ПСР, позволит повысить эффективность этой помощи. Несмотря на кажущуюся разработанность проблемы и наличие множества психотерапевтических

методов, используемых как в детской, так и во взрослой практике, направленность большинства из них носит симптоматический характер.

- Огромный арсенал психотерапевтических методик, применяемых в детском возрасте, на практике представлен преимущественно либо психокоррекцией когнитивных процессов и поведенческих паттернов, либо воздействием на эмоциональную сферу ребенка методами игровой и арттерапии (К.Бремс, 2002; Ф.Кендалл, 2002; Я.Л. Обухов, 1997 т.д.). Отсутствует модель оказания комплексной помощи детям и подросткам, способной прервать патогенный путь психосоматического развития и избавить их и в будущем от привычки разрешать психологические проблемы «телом».

Объект исследования – Модели психосоматического развития в условиях нормы и патологии и психологической помощи при ПСР.

Предмет исследования – организационные формы и методы оказания помощи детям и подросткам с ПСР.

Цель исследования: обоснование психологического содержания организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам, страдающим ПСР, с учетом выявленных психосоциальных факторов и механизмов их развития.

Гипотезы исследования:

1. Особенности формирования психосоматического фенотипа ребенка определяются факторами и механизмами психосоматического развития, которые становятся мишенями психотерапевтического воздействия в случае их расстройства.

2. Повышение эффективности помощи детям и подросткам, страдающим ПСР, возможно при учете роли психологических факторов и механизмов их развития и с использованием комплексной психотерапии в условиях специально организационного центра психосоматического здоровья.

Задачи исследования

1. Осуществить теоретико-методологический анализ проблемы развития ПСР на основании литературных данных, обобщив и описав выявленные закономерности (факторы, условия и механизмы психогенеза) в онтогенетическом аспекте.

2. Определить методологию клинико-психологического исследования факторов и механизмов развития ПСР на ранних этапах онтогенеза.

3. Изучить факторы патогенного психосоматического развития у детей, страдающих ПСР, на разных этапах онтогенеза с целью выделения и описания системы направлений психотерапии ПСР, обоснованных данными теоретико-методологического анализа и эмпирического исследования.

4. Определить основные задачи и разработать схему психопрофилактики ПСР с учетом психосоциальных факторов их развития.

5. Разработать модель центра психосоматического здоровья детей и подростков и сформулировать основные принципы, задачи и этапы комплексной психотерапии психосоматических расстройств в условиях специализированного центра.

Теоретико-методологическое основание работы: концепция культурно-исторической обусловленности развития психики (Л.С.Выготский, А.Р. Лурия) и психология телесности (В.В.Николаева, А.Ш.Тхостов, П.Д. Тищенко, В.А. Подорога); биопсихосоционоэтическая модель человека и болезни (Z.Lipowsky, Г.В.Залевский); общеметодологические принципы системности (фон Бергаланффи, Б.Г.Ананьев, А.Ф.Лазурский, Б.Ф.Ломов, В.Н.Мясищев, М.С.Роговин), деятельностный подход в психологии развития (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн); теория психосоциального развития личности и концепция идентичности Э.Эриксона; гуманструктуральная личностная модель Г. Аммона; модель патогенетической личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (В.Н. Мясищев, Г.Л. Исурина, Б.Д. Карвасарский, В.А. Ташлыков).

Положения, выдвигаемые на защиту:

1. Сочетание биологической слабости ребенка, возникшей как следствие перинатальной энцефалопатии, и инфантильной матери с несформированной материнской идентичностью, способствует формированию патогенного психосоматического фенотипа. ПСР в любом возрасте является закономерным проявлением патогенного психосоматического фенотипа.

2. На каждом этапе раннего онтогенеза патогенный психосоматический фенотип имеет свою определенную специфику проявлений: *в младенческом возрасте и раннем детстве* - эмоциональная лабильность, неустойчивость вегетативных функций, отсутствие активных форм поведения в проблемных ситуациях; *в дошкольном возрасте* - базовая неуверенность в себе, нарушение контакта с социальным окружением, нерешительность; повышенная личностная тревожность, боязнь активного действия; *в младшем школьном возрасте* – нарушенный пространственный гнозис, учебная неуспешность; неадекватно заниженная самооценка; *в подростковом возрасте* – трудности в дифференцировке себя от других, в формировании собственной идентичности, пассивность жизненной позиции.

3. Для коррекции ПСР у детей и подростков эффективна ранняя диагностика и комплексная психолого-медико-педагогическая помощь страдающему ребенку с учетом психосоциальных факторов и последовательности их включения в патогенное развитие психосоматического фенотипа. В качестве эмпирических оснований оказания помощи детям и подросткам с ПСР выступает комплекс обуславливающих расстройства психологических факторов: высокий перинатальный риск, специфические отношения в детско-материнской диаде, способствующие искажению процесса самосознания с формированием неадекватной самооценки и преобладанием дефицитарных Я-функций в структуре личности подростка; к эмпирическим основаниям относятся и ресурсные: отсутствие структурных изменений органов и тканей, высокие компенсаторные возможности детского организма и детской психики.

4. Психологические факторы, обуславливающие патогенное развитие психосоматического фенотипа, имеют уровневую организацию, определяющую задачи комплексной психолого-медико-педагогической помощи и профилактики ПСР у детей и подростков. **На социальном уровне:** повышение социального статуса материнства; психопрофилактическая и образовательная работа с девочками-подростками, направленная на адекватное формирование материнской идентичности и формирование ценности материнства; повышение психологической грамотности населения путем информирования о закономерностях психического и психосоматического развития, о влиянии стиля отношения к беременности, нежеланной беременности, характера внутрисемейных отношений на психосоматическое здоровье детей; повышение психологической грамотности педагогов всех типов образовательных учреждений и педиатров поликлиник и стационаров. **На семейном уровне:** осмысление и отреагирование психотравмирующих событий семейной истории; выявление патологических паттернов построения внутрисемейных отношений и их коррекция. **На материнском уровне:** личностно-ориентированная психотерапия, направленная на коррекцию деструктивных и дефицитарных Я-функций матери с целью формирования адекватных и гармоничных детско-материнских отношений.

На личностном уровне страдающего ребенка: работа с формированием адекватной самооценки и «Я-образа»; эффективная комплексная личностно-ориентированная психотерапия, помогающая подростку обрести аутоидентичность. **На межличностном уровне:** формирование адекватных социальных навыков, развитие ассертивности, эмпатии, способности к близким доверительным отношениям, расширение системы интерперсональных связей.

5. Проведенные теоретическое и эмпирическое исследования являются основаниями для разработки комплексного психолого-медико-педагогического подхода с выделением системы объектов психотерапии ПСР

у детей и подростков. Разработанная на этих основаниях модель психотерапии синтезирует задачи и принципы психодинамического, когнитивно-бихевиорального, феноменологического подходов, комплексной нейropsychологической коррекции, опирающейся на принцип «замещающего онтогенеза» А.В. Семенович, системной семейной психотерапии.

6. Структура и содержание комплексной психолого-медико-педагогической помощи определяют организационную форму ее оказания. Оптимальной организационной формой являются центры охраны психосоматического здоровья, создание которых в городах России позволит повысить эффективность оказания помощи детям и подросткам, страдающим ПСР.

Методы исследования

1. Сравнительный метод.

2. Клинический метод - исследование нарушенной регуляции взаимоотношения ребенка (подростка), страдающего ПСР, и окружающего его мира с помощью психологических методик.

3. Архивный метод – анализ историй развития ребенка (форма 112-У) на базе поликлиники № 12 г. Владивостока.

4. Метод экспертных оценок – экспертные оценки характеристик семейной системы психологами; экспертная оценка динамики психосоматического состояния детей и подростков педиатром.

5. Психодиагностические методы:

5.1. Опрос родителей по «Карте психосоматического обследования», разработанной специально для данного исследования.

5.2. Опрос матерей по «Шкале перинатального риска» Куршина.

5.3. Опрос матерей детей младенческого и раннего возраста с заполнением: оценочной шкалы эмоциональных проявлений ребенка Й. Шванцары; шкалы оценки признаков психического напряжения и невротических тенденций Рузе.

5.4. Методика изучения привязанности у младенцев и детей раннего возраста М. Эйнсворт.

5.5. Проективные методы: рисуночные тесты: «Дом. Дерево.Человек», «Моя семья», «Несуществующее животное» использованы для обследования детей дошкольного, младшего школьного, подросткового возраста.

5.6. Нейропсихологическое исследование детей младшего школьного возраста методом А.Р. Лурии в модификации Л. Цветковой.

5.7. Метод «полярные профили» для исследования самооценки разработанный В.Е. Каганом и И.К. Шацем.

5.8. Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA) для исследования структуры Я-функций у подростков.

6. Статистический метод – использование методов математической статистики. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни для независимых выборок и Т-критерий Вилкоксона для зависимых выборок; для установления корреляционных связей - коэффициент корреляции Спирмена; факторный анализ. Использовался программный пакет SPSS for Windows, Standart Version 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2002.

Характеристика обследованных групп

Общая выборка детей и подростков, включенных в исследование, составила 2964 детей и подростков и 1052 матерей. В основу исследования легли материалы психологического обследования 2 400 детей, обращавшихся за психолого-медицинской помощью в Краевой центр охраны психосоматического здоровья детей и подростков (г. Хабаровск), 564 детей и подростков, страдающих различными ПСР, г. Владивостока. Возраст детей колебался в пределах от рождения до 16 лет.

Три контрольные группы здоровых детей включают: первая - 75 здоровых младенцев и детей раннего возраста; вторая - 94 ребенка младшего школьного возраста; третья - 60 здоровых подростков. Итого, в общую контрольную группу включены 229 здоровых детей.

Группу матерей детей, страдающих ПСР, включали 699 матерей детей и подростков, проходивших лечение в центре; 75 матерей детей младенческого и раннего возраста с проявлениями ПСР и 60 матерей детей, страдающих бронхиальной астмой, наблюдавшихся в поликлинике. Контрольная группа матерей включала 218 матерей здоровых детей.

Эмпирическая база и этапы исследования представлены результатами клинико-психологических исследований, выполненных под руководством или при непосредственном участии автора.

На первом этапе с 1994 года по 1999 год изучали потребность населения ДВ региона в оказании комплексной психологической помощи детям и подросткам в связи с ПСР. Исследование базировалось на данных о распространенности ПСР у детей и подростков Хабаровского края, путем непосредственного опроса участковых педиатров, опросов родителей в образовательных учреждениях. В соответствии с выявленной потребностью была продумана модель Краевого центра охраны психосоматического здоровья детей и подростков, который и был организован и открыт под началом администрации Хабаровского края. Опыт работы центра показал, что в детском онтогенезе имеются наиболее уязвимые периоды для развития ПСР. Результаты и выводы, полученные на этом этапе, позволили понять важность и необходимость оказания адекватной психологической помощи детям с ПСР, выявить отсутствие систематизированных работ по изучению психологических механизмов ПСР и отсутствие разработанных схем психологической коррекции факторов психогенеза ПСР. Все это позволило сформулировать цель и задачи, наметить основные направления дальнейшего исследования.

Проведенное изучение эффективности различных схем психотерапии ПСР показало всю сложность проблемы, связанной с неоднородностью ПСР у детей и подростков.

На втором этапе с 2000 по 2004 г.г. целенаправленно изучали наиболее значимые факторы психогенеза ПСР. Проведено популяционное

исследование 150 детей младенческого и раннего детского возраста, 100 детей младшего школьного возраста, 160 подростков.

На этом этапе отрабатывались различные схемы комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям и подросткам с ПСР. Изначально использовали бригадный метод работы с ребенком. Проанализированы результаты психокоррекции у 2400 детей и подростков с различными психосоматическими расстройствами, проживающих в г. Хабаровске и Хабаровском крае, г. Владивостоке. Разработана модель комплексной интегративной психотерапии детей и подростков с ПСР. Исследования проводились в Краевом центре охраны психосоматического здоровья, учреждениях здравоохранения, а также на базе кафедры клинической психологии ВГМУ в г. Владивостоке.

В работе над диссертацией использованы материалы государственной статистики по Хабаровскому и Приморскому краям, результаты клинко-психологических исследований отечественных и зарубежных ученых, документы, материалы конференций и круглых столов.

Надежность, обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечена методологической базой сформулированных положений и выводов, комплексным использованием методов теоретического и эмпирического анализа, репрезентативностью выборки, использованием параметрических и непараметрических методов статистической обработки данных. Повышению репрезентативности исследования способствовали большой объем и широта исследования, русско-язычная и географическая однородность выборки.

Новизна и научная значимость исследования

Впервые на основе синтеза знаний о ПСР, полученных в разных традициях клинической психологии, сформулировано понятие психосоматического фенотипа, определена его многокомпонентная структура и закономерности формирования в процессе саногенного или патогенного психосоматического развития.

Впервые на основе разработанной модели патогенного психосоматического фенотипа проведено комплексное клинико-психологическое исследование факторов ПСР у детей и подростков, в результате которого изучены и описаны материнские, семейные, личностные и межличностные факторы и механизмы ПСР.

Получены новые данные о факторах перинатального риска при их рассмотрении с позиций влияния на формирование первичной системы отношений ребенка и его поведенческих реакций преодоления.

Впервые проведено популяционное исследование структуры ПСР у детей и подростков городов Дальневосточного региона (Хабаровска и Владивостока).

Получены новые данные об участии пренатальных и интранатальных факторов риска в патогенном психосоматическом развитии у детей младенческого и раннего возраста, позволяющие предполагать влияние указанных факторов на развитие личности ребенка в последующем.

Новое представление о механизме участия в патогенном психосоматическом развитии нарушений пространственных представлений и стратегии оптико-пространственной деятельности дают результаты нейропсихологического исследования часто болеющих детей младшего школьного возраста.

Впервые самооценка рассматривается в связи с пространственными представлениями и Я-функциями личности как механизм психосоматического развития. Особенности психосоматического взаимодействия рассматриваются как выражение через психосоматический симптом определенного отношения к себе и значимому другому.

Сформулированы основные принципы, задачи, этапы и организационная форма психолого-медико-педагогической помощи на основе комплексной психотерапии ПСР детей и подростков в условиях специализированного центра охраны психосоматического здоровья.

Практическая значимость исследования. Выделены основные психологические факторы ПСР у детей и подростков и научно-обоснованные направления психологической помощи, которые необходимо учитывать детским психологам и психотерапевтам, а также педиатрам, работающим с детьми, страдающими данными расстройствами. Разработана модель комплексной психотерапии ПСР у детей и подростков, интегрирующая знания, накопленные в различных традициях психотерапии. Сформулированы задачи психопрофилактики ПСР для матерей, детей и подростков, их семей и специалистов из образовательных и воспитательных учреждений, а также учреждений здравоохранения.

Авторская программа психокоррекции ПСР в ее теоретическом и прикладном аспектах способна обеспечить адекватную и своевременную комплексную терапию ПСР у детей и подростков, фокусируя внимание на роли психосоциальных факторов в возникновении и поддержании ПСР на ранних этапах онтогенеза, что показывает необходимость раннего комплексного психотерапевтического вмешательства.

Предлагаемая оригинальная модель центра оказания помощи детям и подросткам с ПСР помогает удовлетворить высокую потребность населения в психологической помощи.

Исследования особенностей психического развития детей, рожденных путем кесарева сечения, показывают необходимость пересмотра акушерами показаний к данному виду родовспоможения, а также важность психологического сопровождения таких детей в их развитии.

Полученные факты, показывающие роль психического состояния беременной, ее отношения к беременности, ценность материнства, принятия или непринятия будущего ребенка в развитии ПСР, позволяют строить программы психопрофилактики ПСР в период внутриутробного развития.

Результаты исследования послужили научно-методической основой для подготовки соискателем второго тома трехтомного учебного пособия «Избранные вопросы клинической психологии»: «Исторические и

онтогенетические аспекты клинической психологии», «Основы психосоматики» и новых программ учебных курсов: «Основы психосоматики», «Практикум по психосоматике».

Результаты исследования внедрены в практику работы Краевого центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков (бывший Центр охраны психосоматического здоровья детей и подростков), г. Хабаровск; кафедры клинической психологии ВГМУ (г. Владивосток), кафедры прикладной психологии Института психологии и социальной работы ДВГУ (г. Владивосток), кафедры психологии ДВГГУ (г. Хабаровск).

Результаты исследования используются в образовательном процессе факультета клинической психологии Владивостокского государственного медицинского университета, факультета психологии и социальной работы Института психологии и социальной работы Дальневосточного государственного университета.

Апробация исследования. Основные положения и результаты работы докладывались автором на региональной научно-практической конференции «Коррекция и реабилитация детей с проблемами в развитии» (Хабаровск, 1995), региональной научно-практической конференции «Психолого-педагогические проблемы здоровья детей и подростков в Дальневосточном регионе» (Хабаровск, 1995), научно-практической конференции «Теория и практика становления личностно-ориентированного обучения» (Хабаровск, 1996), научно-практической конференции «Психологическая наука – практике» (Комсомольск-на-Амуре, 1997), Первой краевой научно-практической конференции по проблемам реабилитации инвалидов, (Хабаровск, 1998), Азиатско-Тихоокеанском международном конгрессе психологов (Хабаровск, 1998), Всероссийском Совещании семинаре «Гуманистическая педагогика: социально-психологическая адаптация в условиях образовательного учреждения» (Хабаровск, 1999), Русско-Японском медицинском симпозиуме (Хабаровск, 1999), краевой научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицинской

реабилитации и спортивной медицины» (Хабаровск, 1999), I-й международной научно-практической конференции «Итоги и перспективы развития детской онкогематологии в Дальневосточном регионе РФ» (Владивосток, 2002); научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты терапии и профилактики нервно-психических расстройств», (Владивосток, 2003); краевой научно-практической конференции «Профилактика нарушений в развитии ребенка. Раннее выявление детей с отклонениями в развитии и оказание им специализированной помощи» (Комсомольск-на-Амуре, 2003); международной научно-практической конференции «Современные аспекты охраны психического здоровья» (Владивосток, 2004); региональной научно-исследовательской конференции «Здоровье подростков: проблемы и пути их решения» (Владивосток, 2004), Всероссийской конференции «Психолог в образовании: методологические и методические проблемы» (Томск, 2005); Первой межрегиональной конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии» (Владивосток, 2007); научно-практической конференции «Психическое здоровье населения дальнего Востока» (Владивосток, 2007), Втором Сибирском психологическом форуме (Томск, 2007); Второй межрегиональной конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии» (Владивосток, 2008); Втором Дальневосточном конгрессе психотерапевтов (Хабаровск, 2008).

Материалы исследования обсуждались на заседаниях кафедры психологии ХГПУ, (г. Хабаровск); кафедры клинической психологии ВГМУ (г. Владивосток), совещаниях департаментов образования и здравоохранения администрации Хабаровского края, на расширенном заседании кафедры генетической и клинической психологии факультета психологии ТГУ (2005), методологическом семинаре факультета клинической психологии ТГУ (2005), заседаниях Учебно-методического совета факультета клинической психологии ВГМУ(2006,2007), заседаниях проблемной комиссии по

психиатрии и клинической психологии ВГМУ (2006-2007), совместном заседании проблемной комиссии по психиатрии и клинической психологии ВГМУ и ТНИЦ ПЗ СО РАМН (г. Томск), на заседании кафедры клинической и генетической психологии факультета психологии ТГУ (июнь 2008).

Результаты многолетних исследований (1994-2008 г.г.) представлены в 49 публикациях, в том числе в виде глав в двух коллективных монографиях, учебном пособии с грифом УМО Минздрава, 11 статей в реферируемых изданиях, рекомендованных ВАК РФ, 8 статьях и 27 тезисах в центральной и местной печати.

Структура диссертации. Текст диссертации изложен на 356 страницах машинописного текста, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, списка литературы (364 источника), приложения, включает 30 таблиц, 14 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность работы, сформулированы предмет, цель, задачи и гипотезы исследования, раскрыты методологические основания исследования, дана характеристика обследованных групп и использованных методов, показана научная новизна, теоретическая и практическая значимость, представлены основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава состоит из 5 разделов и освещает теоретико-методологические аспекты проблемы психосоматогенеза, факторы и механизмы психогенеза ПСР у детей и подростков. Вводится понятие ПСР как группы болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов, связанных с социально-стрессовыми факторами (А.В. Смулевич, 1997,2000). Представлены сведения об эпидемиологии, феноменологии, современные классификации ПСР (МКБ10). Приводятся теоретические подходы в описании закономерностей развития ПСР у детей и подростков (В.Н.Мясищев,2003;

Д.Н.Исаев,1996,2000; Ю.Ф.Антропов, 2001,2002, С.В.Бельмер, 2005, С.А.Кулаков, 2003,2007; М.Эминсон, 2001; Дж. МакДугалл, 1986,2007 и др.) Рассматриваются закономерности психосоматического развития в онтогенезе с позиций культурно-исторического подхода (В.В. Николаева, Г.А. Арина 2003,2005; А.Ш. Тхостов,2002). Особое внимание уделяется ранним стадиям психосоматического развития, факторам перинатального риска (А.И. Захарова,1994; Г.Г. Филиппова, 2002,2005) и роли матери в становлении первичной телесной идентичности ребенка (Г. Аммон,2000; Дж.МакДугалл, 1986,2007; А.В. Семенович,2007); механизмам формирования привязанности и участию нарушенных детско-материнских отношений в развитии ПСР (Р. Спитц, 1957; Дж. Боулби, 2004;В. Подорога, 1995; Р.М. Crittenden et al, 2003; В.Я. Семке, М.Ф. Белокрылова,2003). Особое внимание уделено теоретическим и эмпирическим исследованиям развития системы значений и самоосознания, которые рассматриваются как механизмы психосоматического развития (Р. Бернс, 2000; В.В. Николаева,2003,2005, А.Ш. Тхостов,2002,). Система пространственных представлений рассматривается как связующее звено между соматогнозисом, самосознанием и самооценкой (А.В. Семенович, Н.Я. Семаго, 2007). В младшем школьном и подростковом возрасте как факторы психосоматического развития рассматриваются формирующиеся в рамках развития рефлексивных процессов самооценка ребенка, Я-функции и идентичность (А.Адлер, 1930; В.С. Мухина,2000; Э.Эриксон, 1996, Г. Аммон, 2000).

В 5-м параграфе первой главы анализируются формы и методы оказания психологической помощи детям и подросткам (Ф. Кендалл, 2002; К.Бремс, 2002; А.Фрейд,1999, Н.С. Бурлакова, 2005). Психотерапия детей и подростков, страдающих ПСР рассматривается с позиций основных психотерапевтических традиций. Рассмотрены интегративные подходы, представленные с позиций двух ведущих отечественной психотерапевтических школ (Б.Д. Карвасарского, В.Е.Рожнова и др.). Особое

внимание уделено теоретическим разработкам отечественной детской психиатрии и клинической психологии (Ю.С. Шевченко, 2002; С.А. Кулаков, 2007). Проводится анализ практики оказания помощи детям и подросткам, страдающим соматизированными расстройствами в Европе, США, России (B.Larsson, 1992; T.R.Kratochwill, 1998; M.Eminson, 2001; К.Бремс, 2002; Г.Ферс, 2003).

Во второй главе обсуждаются методологические принципы клинико-психологического исследования с позиций системного подхода на основе биопсихосоциоэтической модели человека и болезни. В соответствии с этим представлен методический аппарат, состоящий из клинического, архивного, эмпирического методов (беседы, тестирования, эксперимента), содержащий 9 методик исследования. Подробно описана репрезентативная выборка, включающая 3234 детей и подростков, 1052 мамы детей (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика выборки

Дети (n=3714)		Матери (n=1052)	
Группа испытуемых n= 2964	Контрольные группы n=750	здоровых детей	детей с ПСР
2400, проходивших психокоррекцию в Центре охраны психосо-матического здоровья детей и подростков г. Хабаровск	Здоровые дети и подростки - 229	218	834
564 детей и подростков, обследованных на кафедре клинической психологии г. Владивосток	Дети с соматическими заболеваниями - 521		

В третьей главе представлены результаты систематизации эмпирических исследований психологических факторов ПСР. Приводятся результаты клинического и эмпирического исследования, которые

подтвердили положение многих теоретических концепций о том, что специфика возникновения и прогрессирования ПСР в значительной степени зависит от времени и полноты нарушения связей со значимыми людьми, прежде всего с матерью.

Анализ типов воспитания в семьях детей с ПСР проводился по карте психосоматического обследования. В семьях, имеющих детей с ПСР, отмечались неадекватные типы воспитания: доминирующая или потворствующая гиперопека и гиперпротекция (47,3%), гиперсоциальный тип воспитания (14,3%), эмоциональная депривация ребенка (13,1 %), гипоопека (29,3%). При этом отмечено, что в подгруппе детей, страдающих ПСР пищеварительной системы, преобладает гиперопека и гиперпротекция (53,6%). В подгруппе детей с ПСР сердечно-сосудистой системы примерно с одинаковой частотой встречается воспитание в виде гиперопеки (43,7%) и гипоопеки (39,1%), эмоциональная депривация (9,4%). В подгруппе детей с ПСР выделительной системы преобладает воспитание по типу гипоопеки (48,2%), а в подгруппе с ПСР кожной системы - потворствующая гиперопека. При ПСР эндокринной системы отмечалась более разнообразная картина: у 33,2% детей, преимущественно с патологией щитовидной железы и ожирением преобладало воспитание по типу гипоопеки и эмоциональной депривации, в случае нарушения половой дифференцировки нередко на фоне неполной семьи отмечалось воспитание с доминирующей гиперпротекцией и гиперопекой.

Исследование факторов перинатального риска анамнестическим методом показало, что у детей, страдающих ПСР, указанные факторы присутствуют в 98,3 % случаев. Анализ достоверности различий с вычислением критерия Пирсона позволил выделить наиболее значимые психологические факторы перинатального риска в группе матерей детей с ПСР: эмоциональные нагрузки в период беременности ($\chi^2 = 39,9$, $P < 0,0001$); агрессия ($\chi^2 = 17,4$, $P < 0,0001$); раздражение ($\chi^2 = 18,3$, $P < 0,0001$); резкая смена настроения ($\chi^2 = 24,2$, $P < 0,0001$). Эмоциональные реакции и состояния

сопровождались астенизацией ($\chi^2=39,0$, $P<0,0001$); головной болью ($\chi^2=23,8$, $P<0,0001$); нарушением сна ($\chi^2=42,2$, $P<0,0001$); повышенной потливостью ($\chi^2=23,5$, $P<0,0001$). Эти факторы находились в прямой значимой связи (уровень значимости различий от 0,05 до 0,0001) с такими осложнениями беременности и родов как: гестозы, хроническая фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, переносная беременность, стимуляция родовой деятельности, острая асфиксия плода, кесарево сечение, родовые травмы.

Было предположено, что на здоровье ребенка помимо биологического здоровья матери, влияет такой психологический фактор, как переживание мамой беременности. Результаты анализа стиля переживания беременности выявляемых анамнестическим методом при беседе с матерями детей, страдающих ПСР, и матерями здоровых детей представлены в таблице 2

Таблица 2

Стили переживания беременности у матерей детей, страдающих ПСР, и здоровых детей

Стиль переживания беременности	Мамы детей с ПСР (n=201)		Мамы здоровых детей (n=218)	
	Абс.	%	Абс.	%
Адекватный	49	24,3	147	67,4*
Тревожный	107	53,2**	28	12,8
Эйфорический	17	5,4	15	6,9
Амбивалентный	24	11,9	16	7,3
Отвергающий	2	0,99	6	2,8
Игнорирующий	4	1,99	6	2,8

Примечание: * - $P<0,05$; ** - $P<0,001$

Как видно из представленных данных в группе матерей, чьи дети страдали различными ПСР, наиболее часто встречался тревожный стиль переживания беременности (53,4% против 12,8% у матерей здоровых детей, $P<0,001$). К числу редко встречаемых стилей переживания беременности у матерей детей, страдающих ПСР, можно отнести отвергающий и амбивалентный (0,99% и 1,99% соответственно). Чаше, чем в группе матерей здоровых детей, в группе ПСР встречался амбивалентный стиль переживания

беременности (11,95). У четверти матерей детей, страдающих ПСР, стиль переживания беременности был адекватным.

Факторный анализ подтвердил предположение о включенности в этиопатогенез психосоматических расстройств таких психологических факторов как личностная, ситуативная тревожность матери, тревожный стиль переживания беременности, перинатальный риск. Выявлена высокая прямая корреляционная связь тревожного стиля переживания беременности с личностной ($r=0,755$, $P<0,0001$) и ситуационной тревожностью ($r=0,757$, $P<0,0001$). Одновременно высока степень обратной связи между личностной/ситуативной тревожностью и адекватным ($r=-0,525/r=-0,506$) и эйфорическим стилем переживания беременности ($r=-0,380/r=-0,399$).

Корреляционный анализ показал сопряженность материнской тревожности с ПСР у детей младенческого, раннего и дошкольного возраста ($r=0,525$, $P<0,001$). Показано, что при высоком уровне личностной и ситуативной тревожности матерей повышается эмоциональное напряжение, возбудимость ребёнка, что сказывается в появлении полисимптомных ПСР.

Целенаправленное исследование влияния таких интранатальных факторов риска, как родовспоможение путем кесарева сечения (23,6% выборки) и асфиксия плода (14,8% выборки), выявило достоверные различия в сфере эмоционального, речевого развития и проявлений психической напряженности, в то время как в сфере когнитивного и социального развития достоверных различий не выявлено. Анализ клинической картины ПСР показал, что у детей, рожденных путем кесарева сечения, достоверно чаще, чем у детей, рожденных естественным путем без осложнений и естественным путем с асфиксией, встречаются симптомы: жвачка, анорексия, функциональные запоры, абдоминалгия, недостаточная прибавка массы тела, логоневроз, диатез, энурез и частые мочеиспускания. Асфиксия в родах достоверно чаще встречается в анамнезе у детей с симптомами ПСР дыхательной системы ($P<0,05$). Симптомы ПСР двигательной и сердечно-

сосудистой систем достоверно чаще ($P < 0,01$) встречаются у детей с наличием интранатальных факторов риска (кесарево сечение, асфиксия в родах).

Высказанное в первой главе предположение о том, что формирование у часто болеющего ребенка схемы тела отражает тревожное состояние матери, озабоченной состоянием здоровья ребенка, подтверждено результатами нейропсихологического исследования детей младшего школьного возраста. Реципрокная координация движений, динамический и кинестетический праксис у детей с ПСР сформированы на более низком уровне, чем у здоровых детей младшего школьного возраста ($P < 0,01$). Эти симптомы свидетельствуют о запаздывании в развитии премоторных областей, а также о возрастной несформированности межполушарного взаимодействия. В группе часто болеющих детей наблюдается недостаточная сформированность пространственных представлений и стратегии оптико-конструктивной деятельности, что проявляется в структурно-топологических, метрических ошибках, несформированности нормативной стратегии восприятия и копирования ($P < 0,01$). Недостаточная сформированность динамического и кинестетического праксиса, реципрокной координации, пространственных и квазипространственных факторов, в условиях увеличения и усложнения учебного материала обуславливают трудности в обучении детей с ПСР. Это отражается на школьной успешности ребенка и непосредственно влияет на формирующуюся самооценку. Представленный в таблице 3 анализ исследования самооценки методом «Полярные профили» показал, что у детей младшего школьного возраста, страдающих ПСР, преобладает неадекватно заниженная самооценка.

Корреляционный анализ исследуемых показателей двигательного праксиса, пространственных представлений и самооценки у детей младшего школьного возраста (ПСР дыхательной системы), выявил наличие прямой

Таблица 3

Показатели самооценки по шкалам теста «Полярные профили»

у детей младшего школьного возраста

Показатели шкал	ПСР пищеварительной системы			ПСР выделительной системы			ПСР дыхательной системы		
	U	Z	P	U	Z	P	U	Z	P
Комму- никации	1477,0	-1,64	0,101	561,0	-3,08	0,002	930,0	-3,58	0,000
Сотруд- ничество	917,5	-4,26	0,000	386,0	-4,57	0,000	627,0	-5,17	0,000
Контроль поведения	534,0	-6,06	0,000	110,5	-6,86	0,000	161,5	-7,66	0,000
Эмоцио- нальность	565,5	-5,96	0,000	111,0	-6,87	0,000	236,0	-7,50	0,000
Стиль деятель- ности	1403,5	-2,01	0,044	291,5	-5,46	0,000	612,5	-5,49	0,000
Общая самооценка	696,0	-5,26	0,000	151,5	-6,50	0,000	268,0	-7,00	0,000

значимой связи между самооценкой стиля деятельности и выполнением фигуры Тэйлора ($r=0,199, P<0,05$); самооценкой контроля поведения и образами зрительных представлений ($r=0,239, P<0,01$).

Анализ результатов исследования самооценки у подростков, страдающих ПСР, показал достоверное снижение самооценки по всем шкалам теста «Полярные профили» (таблица 4).

Представлены результаты исследования Я-функций методом ISTA у девочек- подростков, страдающих ПСР эндокринной системы, мальчиков- подростков с ПСР выделительной и пищеварительной систем.

У девочек с ПСР эндокринной системы по шкалам: деструктивная агрессия ($P<0,05$), дефицитарная тревога ($P<0,05$), дефицитарный нарциссизм ($P<0,001$), деструктивная сексуальность ($P<0,05$), дефицитарная сексуальность ($P<0,001$) получены достоверные различия с показателями соответствующих шкал в группе здоровых девочек (табл. 5). Показатель конструктивной тревоги достоверно выше в группе здоровых девочек ($P<0,001$). Выраженность дефицитарных и деструктивных шкал у девочек-

**Показатели самооценки у подростков, страдающих ПСР
(общая группа) и здоровых подростков**

Показатели шкал	Общая группа			Мальчики- подростки			Девочки- подростки		
	U	Z	P	U	Z	P	U	Z	P
Комму- никации	1558,0	-8,67	0,000	640,0	-4,64	0,000	157,5	-7,55	0,000
Сотруд- ничество	1476,0	-8,87	0,000	621,5	-4,76	0,000	112,0	-7,87	0,000
Контроль поведе- ния	1430,0	-8,97	0,000	271,0	-7,07	0,000	462,5	-5,44	0,000
Эмоцио- нальность	2471,0	-6,52	0,000	625,0	-4,76	0,000	597,0	-4,53	0,000
Стиль деятель- ности	1750,0	-8,22	0,000	842,5	-3,32	0,001	102,5	-7,94	0,000
Общая самооценка	1077,0	-9,81	0,000	460,0	-5,81	0,000	84,0	-8,08	0,000

Таблица 5

**Показатели шкал ISTA в подгруппе девочек-подростков с ПСР
эндокринной системы**

Я-функция	U	P
дефицитарная агрессия	283,0	0,093
конструктивная тревога	154,0	0,001
деструктивная тревога	281,5	0,012
дефицитарный нарциссизм	192,5	0,000
деструктивная сексуальность	270,0	0,013
дефицитарная сексуальность	169,5	0,000

подростков с ПСР эндокринной системы позволяет предполагать у них: отсутствие активности, контакта с собой, другими людьми, пассивность, уход в себя; неспособность воспринимать страх у себя и окружающих. Неспособность дифференцировать себя от других сочетается с неспособностью отказывать другим, при этом имеет место отказ от

собственных интересов и потребностей. В ситуациях опасности у них отмечается отсутствие адекватной реакции; недостаточная способность формировать целостное отношение к себе, реалистично оценивать себя. В итоге для них характерно ощущение собственной ненужности и неполноценности.

Достоверно высокий уровень дефицитарной агрессии у подростков с ПСР пищеварительной системы свидетельствуют о запрете на реализацию имеющегося потенциала активности. Это является глубоким расстройством центральной Я-функции, формирующимся либо в условиях эмоционального отвержения ребенка, либо при чрезмерной идентификации с ним.

Таблица 6

**Показатели шкал ISTA
в подгруппе мальчиков-подростков с ПСР
пищеварительной системы**

Я-функция	U	Z	P
конструктивная агрессия	246,5	-3,04	0,002
конструктивная тревога	202,0	-3,71	0,000
конструктивной внешнее Яотграничени	228,0	-3,32	0,001
конструктивная сексуальнос	294,0	-2,32	0,02
деструктивная тревога	316,0	-2,02	0,044
дефицитарная агрессия	209,0	-3,6	0,000
дефицитарное внешнее Я отграничение	175,5	-4,09	0,000
дефицитарное внутреннее Я отграничение	266,0	-2,74	0,006

Результатом является пассивность жизненной позиции, отказ от собственной идентичности, зависимость. Это подтверждается достоверно высоким уровнем деструктивной тревоги, обуславливающим серьезные трудности в

самореализации, чувство беспомощности в ситуациях, требующих мобилизации и подтверждения идентичности (табл. 6). Высокий уровень дефицитарного внешнего Я отграничения подтверждает наличие проблем с аутоидентичностью у подростков с ПСР, так как означает сверпроницаемость внешней границы. Как правило, это является следствием того, что ребенок не поддерживается матерью в поисках собственной идентичности, а ригидно воспринимается ею как неизменная часть ее самой. При этом достоверно высокий уровень внутреннего Я отграничения говорит о несформированности внутренней границы Я. В таких условиях возможности реалистического восприятия и регулирования собственных телесных процессов заметно сокращены. С одной стороны, актуализированные телесные потребности подлежат немедленному удовлетворению и не могут быть отложены, с другой, многие действительные «телесные нужды» могут длительное время оставаться без всякого внимания. Клинические наблюдения показывают, что именно такое поведение и наблюдается у подростков и взрослых с ПСР пищеварительной системы.

Данные корреляционного анализа показывают, что самооценка эмоциональности в группе мальчиков-подростков возрастает с уровнем конструктивной тревоги ($r=0,385$, $P<0,05$), проявляющейся в способности чувствовать тревогу, перерабатывать ее, действовать адекватно ситуации, использовать тревогу для решения адаптационных задач. Самооценка стиля деятельности обратно связана с деструктивным внутренним Я-отграничением ($r=0,395$, $P<0,05$), то есть снижается по мере нарастания рационализма, педантизма, ригидной защиты от естественных требований. Общая самооценка связана с конструктивным внешним Я-отграничением ($r=-0,407$, $P<0,05$), то есть повышается с увеличением открытости, общительности, коммуникабельности, хорошей интегрированности внутреннего опыта, связанного с интерперсональной активностью. Способность к постановке собственных целей и задач, согласующихся с

требованиями окружающих, хороший эмоциональный контакт с внешней реальностью способствуют повышению общей самооценки.

Анализ результатов ISTA в подгруппе подростков с ПСР выделительной системы показал наличие статистически достоверных различий по показателям: «конструктивная агрессия», конструктивная тревога, конструктивное внешнее Я отграничение, конструктивная сексуальность, деструктивная и дефицитарная сексуальность (табл. 7).

Высокий уровень дефицитарной сексуальности у подростков с ПСР свидетельствует о низкой сексуальной активности подростков, стремлении избегать половых контактов вплоть до полного отказа от них, тенденции заменять реальные сексуальные отношения фантазиями.

Таблица 7

**Показатели шкал ISTA в подгруппе мальчиков-подростков с ПСР
выделительной системы**

Я-функция	U	Z	P
конструктивная агрессия	238,500	-3,051	0,001
конструктивная тревога	266,500	-3,051	0,002
конструктивное внешнее Я отграничение	293,500	-2,654	0,008
конструктивная сексуальность	253,500	-3,204	0,001
деструктивная сексуальность	338,500	-2,006	0,045
дефицитарная сексуальность	272,000	-2,967	0,003

Выявленные особенности Я-функций в подгруппе подростков с ПСР выделительной системы объясняются характером ПСР – нарушение выделительной функции в виде энуреза, гипо- или гиперрефлекторного мочевого пузыря, наличием малых форм нарушения половой дифференцировки и соответствуют данным клинико-психологического наблюдения, отраженным в карте психосоматического обследования.

Данные корреляционного анализа показали наличие обратной значимой связи между деструктивной агрессией и самооценкой сотрудничества ($r=-0,404$, $P<0,05$), самооценкой стиля деятельности ($r=-0,359$, $P<0,05$). Выявлена обратная связь между дефицитным внутренним Я отграничением и самооценкой стиля деятельности ($r=-0,364$, $P<0,05$); показателем конструктивного внешнего Я отграничения и самооценкой коммуникативности ($r=-0,388$, $P<0,05$); показателем дефицитной сексуальности и самооценкой коммуникативности ($r=-0,364$, $P<0,05$).

Анализ теоретико-методологических оснований проблемы психосоматического развития в условиях нормы и патологии и анализ результатов эмпирического исследования факторов и механизмов психосоматических расстройств в детском возрасте явились основой для построения автором концепции психосоматического фенотипа.

Психосоматический фенотип является продуктом психосоматического развития и представляет совокупность соматических (внешних и внутренних), психологических, психосоциальных и ценностных (нэтических) свойств личности, присущих ей механизмов психологической регуляции телесных функций, прямо связанных с такими психосоматическими феноменами как схема и образ тела

Ядром психосоматического фенотипа мы считаем формирующуюся личность ребенка, причем те компоненты личности, которые формируются в процессе развития самосознания и рефлексивных механизмов ребенка: первичную телесную идентичность, образ тела, пространственные представления, самооценку, «Я-концепцию», идентичность. При этом личность ребенка формируется под непосредственным влиянием генетических факторов, системы отношений матери (отношение к собственной матери, к себе, как к матери; отношение к беременности, к отцу ребенка, к ребенку); а также таких социальных факторов, как ценность человека и материнства в обществе. Через формирование ценности собственного тела и его функций происходит формирование первичных

ценностно-смысловых компонентов личности. Особенности формирующейся личности определяют поведение, характер контактов ребенка с другими, эмоциональные реакции, а, следовательно, особенность эксплуатации вегетативных систем и тип метаболизма. Собственно психосоматическое развитие представляет развертывание психосоматического фенотипа в онтогенезе. Это развитие может иметь либо саногенный, либо патогенный характер

Саногенный вариант психосоматического развития обусловлен адекватным стилем переживания беременности (сформированная материнская идентичность, желанная беременность), физическим здоровьем матери, адекватными возрасту материнско-детскими отношениями. Это определяет формирование не искаженной схемы тела и первичной телесной идентичности ребенка. Саногенное психосоматическое развитие характеризуется позитивным отношением к своему телу, способностью получать радость и удовольствие от движений, прочих телесных функций, предметной деятельности, телесных контактов с родителями. Следствием этого являются: позитивное самоотношение, развитые двигательные функции, адекватная стратегия оптико-пространственной деятельности, адекватная положительная самооценка и образ «Я», конструктивные Я-функции личности.

Таким образом, развитие психосоматического фенотипа по саногенному пути определяется формированием позитивной и гармоничной системы отношений с матерью, собой и окружающим миром. В таком случае ребенок развивается адекватно в каждом периоде онтогенеза. В противном случае развитие психосоматического фенотипа идет по патогенному пути, для которого характерно искаженное восприятие своих телесных феноменов, формирование симптоматического межличностного контакта с матерью, искаженный соматогнозис, самосознание. В таком случае личностное развитие ребенка отражает всю специфику нарушений в первичных детско-материнских отношениях. Отмечающееся при этом нарушение

формирования первичной телесной идентичности младенца; соматогнозиса, нарушение эмоционального развития, нарушение развития предпосылок речи, алекситимия, нарушение пространственных представлений и стратегии оптико-пространственной деятельности, деформированная структура «Я» являются проявлением формирующегося патогенного психосоматического фенотипа. Формирующийся искаженный образ тела и искаженное самосознание, определяют патологические поведенческие паттерны и когниции. Все развитие психических функций «подчиняется» патогенной психосоматической доминанте. Замыкается «порочный» круг, так как поведенческие паттерны имеют соответствующее вегетативное и метаболическое обеспечение.

Высказаны предположения о том, что сенситивный период формирования патогенного психосоматического фенотипа – младенческий и ранний детский возраст. На каждом этапе онтогенеза патогенный психосоматический фенотип имеет специфику проявлений. Психосоматическое расстройство в любом возрасте рассматривается как закономерное проявление патогенного психосоматического фенотипа.

Анализ полученных нами эмпирических данных позволил выявить ряд психологических факторов, обуславливающих патогенное развитие психосоматического фенотипа. К ним относятся: 1) высокий уровень психологических факторов пренатального риска (тревожный стиль отношения к беременности, нежелательная беременность, стрессы во время беременности); 2) способ родовспоможения путем кесарева сечения, формирующий пассивную позицию в ситуации преодоления; 3) специфические отношения матери и ребенка, характеризующиеся повышенным вниманием к симптоматическим телесным проявлениям; 4) неадекватные типы семейного воспитания, преобладание доминирующей гиперопеки и гиперпротекции; 5) нарушение развития соматогнозиса, пространственных представлений, стратегии оптико-пространственной деятельности, развития зрительно-пространственного восприятия к

младшему школьному возрасту в условиях наличия хронической соматической симптоматики (болевого, дискомфортной, дисфункциональной) приводящие к школьной неуспешности; 6) неадекватная самооценка ребенка как отражение искаженного процесса самоосознания; 7) преобладание дефицитарных и деструктивных Я-функций в структуре личности подростка.

Результаты исследования психологических факторов и структурно-функциональной организации патогенного психосоматического фенотипа у детей и подростков послужили эмпирическим основанием разработки интегративной модели этиопатогенетической психотерапии, представленной в четвертой главе диссертации. ПСР развивается как целостная, сложная система, которая имеет взаимообусловленные и взаимосвязанные структуры. Помощь, оказываемая в какой-либо одной парадигме, предполагающая соответствующую методологии мишень психотерапии, не может быть эффективной. Структура патогенного психосоматического фенотипа определяет структуру оказываемой помощи, а структура помощи диктует структуру организационной формы оказания помощи.

В первом параграфе четвертой главы представлены теоретико-методологические основания разработки организационных форм и методов оказания психологической помощи детям и подросткам, страдающим психосоматическими расстройствами. Излагается концепция неклассической науки, в которой необходимость синтеза знаний, представленных в рамках различных теоретических школ психологии, и интеграция терапевтических подходов обусловлены направленностью на решение практических задач и сложностью последних.

Показана возможность комплексной интегративной психотерапии на основе биопсихосоциоэтической модели человека и болезни. Страдающий ребенок, нуждается в помощи, которая должна быть направлена на все уровни патогенного психосоматического фенотипа. При этом не может быть

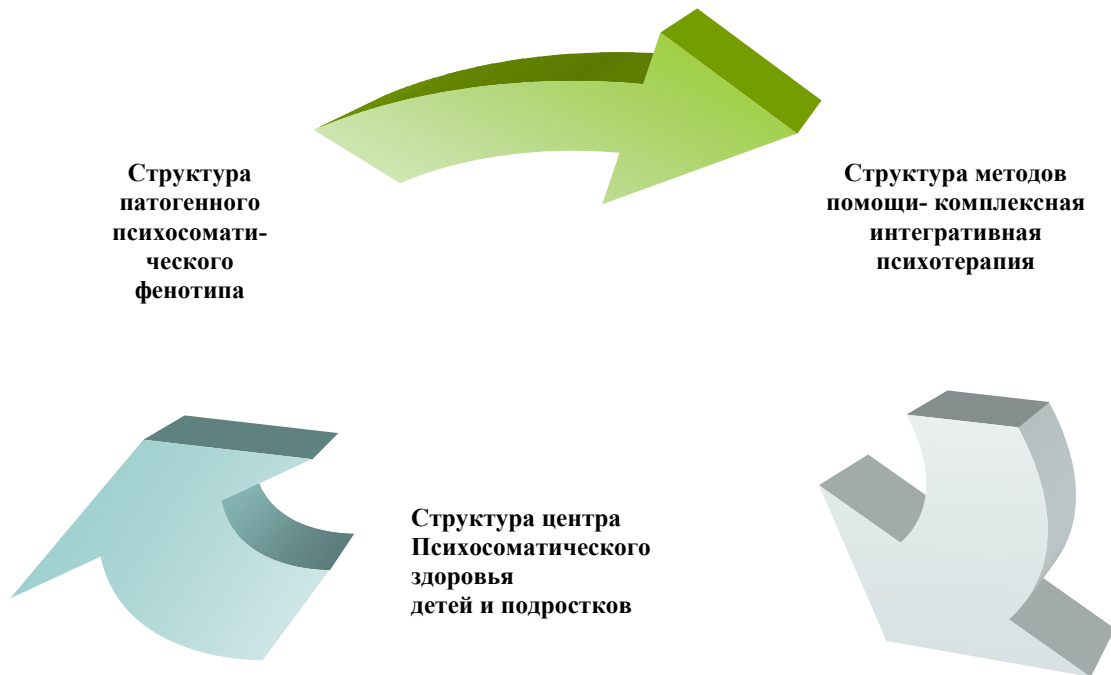


Рис.1. Взаимосвязь структуры патогенного психосоматического фенотипа, методов и формы оказания помощи

достаточно эффективной ни один из отдельно взятых психотерапевтических подходов. На когнитивном уровне необходимо использовать методы когнитивной психотерапии (А.Бек и др., 2003; Alford, Beck, 1997), при работе с неадекватными паттернами поведения – в рамках бихевиоральной школы, а психотравма вследствие утраты значимого человека, требует психодинамического метода (З.Фрейд, 1983; С.Heim, M.G.Owens, 1979; G.Klerman, 1995 и др.). Весьма важным моментом является мало учитываемое в проведении психотерапии с детьми и подростками воздействие на формирующуюся систему смыслов и ценностей, что предполагает феноменологический подход. Особенно важен такой подход при работе с подростками.

В результате проведенного анализа доказывается взаимодополняемость существующих методов психотерапии и обосновывается необходимость синтеза знаний для решения практических задач системной семейной психотерапии (Э.Г.Эйдемиллер, В.Юстицкис, 1999; М.Боуэн, 2005) и детской психотерапии (Ю.С. Шевченко, 1998, 2002; А.И. Захаров, 1998; С.А. Кулаков, 2004, 2007; С.Brems, 2002).

Во втором параграфе четвертой главы представлена модель комплексной интегративной психотерапии. Структура патогенного психосоматического фенотипа позволила определить направленность психотерапевтического воздействия:

1. Системная семейная психотерапия, направленная на изменение характера внутрисемейных и детско-родительских отношений.

2. Психотерапия мамы ребенка, в которой приоритетным направлением является работа с материнской идентичностью, с ценностью и смыслом материнства.

3. Принципиальным является раннее, с младенческого и раннего детского возраста, начало психотерапии ребенка, страдающего ПСР. Использование в программе психокоррекции детей раннего возраста приемов телесно-ориентированной терапии и непосредственно-эмоционального контакта с ребенком с побуждением речевого развития и повышения степени осознанности.

4. Индивидуальная работа с ребенком по программе, включающей воздействие на сенсомоторную, эмоциональную и когнитивную сферы развития с опорой на ведущий вид деятельности и сформированные психические функции с целью развития рефлексивных процессов.

5. Направленность психотерапии на развитие речевой функции в соответствии с возрастом ребенка с целью повышения степени осознанности и произвольности внимания, управления поведением, формирования адекватных копинг-стратегий.

6. Психокоррекция нарушенного соматогнозиса, начиная с дошкольного возраста, путем сочетанного использования метода информирования ребенка о строении тела человека и его функциях и приемов телесно-ориентированной терапии и психомоторной коррекции на основе «принципа замещающего онтогенеза».

7. Групповая психотерапия по возрастному принципу с опорой на ведущий вид деятельности и закономерности развития психических функций

и личности ребенка. Направленность групповой психотерапии на отработку навыков презентации себя в группе, спонтанности и открытости в установлении контактов, эмпатии к другому, умению конструктивно отстаивать свои интересы.

8. Сочетание групповой и индивидуальной психотерапии в программе психокоррекции страдающего ПСР ребенка (подростка).

9. Одновременная параллельная работа с одним ребенком специалистов разного профиля: детского клинического психолога, педиатра, логопеда, арттерапевта.

10. Организация работы школы родителей с целью повышения психологической грамотности родителей и формирования навыков построения адекватных детско-родительских отношений.

11. Психопрофилактика ПСР у детей и подростков на макросоциальном уровне включает работу психологов с профессионалами, оказывающими значимое влияние на психическое развитие ребенка: педагогами дошкольных образовательных учреждений, начальной школы и среднего звена; педиатрами детских лечебных учреждений, врачами общей практики. Основные направления работы со специалистами: информирование о закономерностях психосоматического развития ребенка; разрешение личностных проблем, профилактика и психотерапия синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации личности.

12. Психопрофилактическая работа с беременными путем их информирования, повышения уровня осознанности в отношении к беременности, ребенку. Повышение ценности материнства в обществе и социального статуса матери. Особенно важным звеном, на наш взгляд, является работа психолога по формированию ценности материнства и материнской идентичности с девочками-подростками.

Схема комплексной интегративной психотерапии ПСР у детей и подростков представлена в таблице 8.

В третьем параграфе 4-й главы представлена модель центра психосоматического здоровья детей и подростков, построенная в соответствии с основными направлениями помощи ребенку, страдающему ПСР. Приводятся клинические примеры. Дается оценка эффективности оказания комплексной помощи детям и подросткам с ПСР.

Выводы

1. Патогенный психосоматический фенотип является закономерным следствием патогенного психосоматического развития ребенка и основой для возникновения психосоматического расстройства в любом возрасте.

2. Этиопатогенетическая модель психопрофилактики и психотерапии ПСР у детей и подростков должна основываться на изучении «психосоматического фенотипа» ребенка как структуры, позволяющей выявить предпосылки и условия возникновения ПСР у данного конкретного индивидуума.

3. Изучение теоретико-методологических и эмпирических аспектов проблемы патогенного психосоматического развития выявило непрерывную возрастную динамику, начиная с антенатального периода, включающую проблемы перинатального, постнатального развития, влияние воспитания матери и семьи, что обуславливает необходимость комплексной повозрастной диагностики и выявления этих состояний у детей и подростков.

4. Данные популяционного исследования, проведенного на базе Центра охраны психосоматического здоровья детей г. Хабаровска и кафедры клинической психологии ВГМУ г. Владивостока выявили закономерности и особенности формирования ПСР в условиях городского населения Дальневосточного региона, заключающиеся в преобладании ПСР пищеварительной и дыхательной систем.

Таблица 8

Схема комплексной психотерапии психосоматических расстройств у детей и подростков

Этапы психотерапии	Психодинамическая	Когнитивно-бихевиоральная	Феноменологическая	Телесно-ориентированная
1 этап- работа с родителями: информационно-мотивационный, диагностический. Цель: обретение смысла психологической работы не только с ребенком, но и с мамой, с семьей. Самоопределение – осознанный выбор позиции по отношению к болезни и лечению ребенка.	Сбор истории развития и истории болезни ребенка : составление геносоциогаммы, линии жизни, определение факторов пренатального риска; интерпретация родителям (маме) связи симптомо-мокомплекса ребенка с семейной историей и психотравмирующими событиями в семье.	Определение устойчивых иррациональных когнитивных установок родителей в отношении здоровья, паттернов поведения, формирующих образ жизни ребенка.	Построение раппорта на основе доверительных отношений, эмпатии, определение режима работы с ребенком, мамой, семьей. Определение смысла психологической помощи ребенку и семье.	Диагностика отношения к телу и телесным феноменам у родителей
2 этап - работа с мамой Тренинг осознания и выражения материнских чувств и потребностей. Цель: способность матери к фокусировке на внутреннем мире.	Работа с материнской идентичностью—«Я-Мать», коррекция дефицитарных Я-функций. Интерпретация матери симптомов ребенка, ее поведения и т.д.	Работа с когнициями, определяющими роль матери в жизни ребенка и ответственность матери за здоровье и болезнь. Работа с неадекватными паттернами реализации материнских функций.	Повышение степени осознанности в восприятии своих ощущений, эмоций, чувств, потребностей. Развитие способности понимать эмоции, чувства, потребности ребенка.	Восстановление контакта с собственным телом. Снятие телесных блоков и осознание своих проблем в виде телесных аналогов.
2 этап-работа с ребенком Индивидуальная психотерапия. Цель: коррекция схемы тела, образа тела, самооценки, формирование конструктивных Я-функций	Работа с ранними детскими психотравмами: катарсис в арт-терапии, игровой терапии. Метод работы определяется в зависимости от возраста ребенка.	Замена иррациональных установок «я слабенький» на рациональные «я сильный». Формирование адекватных паттернов поведения.	Повышение степени осознанности через развитие рефлексивных процессов.	Дифференциация телесных ощущений, движений. Психомоторная коррекция на основе принципов «замещающего онтогенеза».
3 этап-работа с детско-материнской диадой. Цель: адекватная дифференциация матери и ребенка	Совместная игра, арттерапия, сочинение сказки.	Совместная деятельность в формировании новых стереотипов поведения	Развитие материнской эмпатии и умения дифференцировать свои и ребенка чувства, потребности, эмоции	Отработка навыков невербальной коммуникации в диаде
4 этап-работа с ребенком Групповая психотерапия.	Расширение системы интерперсональных связей.	Отработка дефицитарных социальных навыков, развитие коммуникативности, асертивности.	Развитие эмпатии и способности к близким доверительным отношениям	Отработка навыков невербальной коммуникации в группе

5. Факторы психогенеза у детей и подростков с ПСР существенно отличаются на разных этапах онтогенетического развития. К ранним психосоциальным факторам, повышающим риск развития ПСР у детей, относятся, стиль отношения матери к беременности и способ родовспоможения. Тревожный стиль отношения к беременности у матери повышает риск развития ПСР через формирование тревожного эмоционального фона у ребенка.

6. Систематизация современных методов психологической помощи детям и подросткам, страдающим ПСР, выявила потребность в дифференцированном подходе к использованию методик психотерапии в зависимости от возраста ребенка, а также системы организма, наиболее вовлеченной в патологический процесс (пищеварительная, дыхательная и т.д.).

7. Разработанная модель центра охраны психосоматического здоровья, его научно-практическая деятельность, позволила интегрировать возможности разных специалистов: психологов, педиатров, логопедов, психиатров, детских неврологов и др. специалистов, для оказания комплексной эффективной помощи детям с ПСР.

8. Разработанная комплексная программа психотерапевтической помощи и ее внедрение в практику, показало возможность в 72,3% существенного улучшения состояния здоровья охваченного детского контингента, снижения заболеваемостью ПСР у детей из групп риска, а также возможность добиться положительной динамики в психосоматическом состоянии и развитии детей и подростков, страдающих ПСР.

Основные положения диссертации отражены в научных публикациях:

Статьи в журналах, рекомендованных ВАК МО и науки РФ

1. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза)./Н.А.Кравцова//Сибирский психологический журнал. -2005. - №22. – С. 13 - 18.

2. Катасонова А.В.. Особенности развития высших психических функций у часто болеющих детей младшего школьного возраста./А.В. Катасонова, Н.А. Кравцова //Сибирский психологический журнал. - 2005. - №22. –С.25- 27
3. Кравцова Н.А. Психологические аспекты нарушений половой дифференцировки у детей. /Н.А. Кравцова, Ю.А.Кравцов, Ф.Ф. Антоненко //Тихоокеанский медицинский журнал – 2005.- № 3. – С.61-63.
4. Кравцова Н.А. Сравнительный анализ методологических аспектов клинической психологии и психиатрии. /Н.А. Кравцова //Тихоокеанский медицинский журнал –2006.- № 2.- С.86-89.
5. Кравцова Н.А. Теоретико-методологические аспекты оказания психологической помощи детям и подросткам, страдающим психосоматическими расстройствами./Н.А. Кравцова //Сибирский психологический журнал. - 2007.- №26. - С.120-125
6. Катасонова А.В. Развитие высших психических функций у часто болеющих детей младшего школьного возраста. /А.В. Катасонова, Н.А. Кравцова, Ю.Г. Потребич. //Сибирский психологический журнал.- 2008.-№28 – с. 81-84.
7. Кравцова Н.А. Технология супервизии в подготовке клинических психологов в медицинском вузе./Н.А.Кравцова //Сибирский психологический журнал.-2008.-№30. – С.30-32
8. Потребич Ю.Г. Эмоциональное развитие детей младенческого и раннего возраста в зависимости от способа родовспоможения. /Ю.Г. Потребич, Н.А. Кравцова, А.В. Катасонова //Сибирский психологический журнал. -2009. -№32. – С. 71-73

9. Кадыров Р.В. Особенности отношения ко времени профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. /Р.В. Кадыров, Н.А.Кравцова //Сибирский психологический журнал. -2009. - №32. – 11-17

Коллективные монографии

- 10.Медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях.- /Ю.В. Каминский, В.П. Башкиров, Г.А. Заяц, И.Б.,Королев, Н.А. Кравцова и др. /Под общей редакцией Ю.В. Каминского. - Владивосток: «Медицина ДВ», 2004.- Глава 9, С. 199-214.
- 11.Гуманитарные проблемы современности: человек и общество/. Н.А. Антипанова, Л.Н. Бабулина, Г.В. Залевский, Н.А. Кравцова и др./По общей редакцией С.С. Чернова. – Книга 3. – Новосибирск: ЦРНС. – Изд-во «СИБПРИНТ», 2008. – 358 с. Раздел 9.2. – С.307-322

Учебное пособие с грифом УМО МЗСР РФ

- 12.Избранные вопросы клинической психологии: в 3-х т. Т.2. Исторические и онтогенетические аспекты клинической психологии /Н.А. Кравцова, Г.В. Залевский, Л.А. Лозовик. /редактор тома Н.А. кравцова - Владивосток: Медицина ДВ, 2008 -272 с.

Статьи

- 13.Кравцова Н.А., Психосоматические проблемы социальной дезадаптации детей. /Н.А.Кравцова, И.А.Шувалова, Р.И. Цветкова //Информационный Бюллетень комитета образования и науки администрации Хабаровского Края.-1997.-№7.-С.34-38.
- 14.Кравцова Н.А. Девиантное поведение детей и подростков: причины, основные типы и формы, направления психопрофилактики./Н.А. Кравцова //Психолого-педагогический журнал. - 1999. - №2. - С.10-17.

- 15.Кравцова Н.А. Суицидальное поведение детей и подростков. /Н.А.Кравцова //Психолого-педагогический журнал. - 1999. - №3. - С. 15-19.
- 16.Кречко Е.П. Психореабилитация женщины в период беременности и родов./Е.П. Кречко, Н.А. Кравцова, А.В. Катарасова, В.Н. Пятанова //Реабилитология. Сборник научных трудов. Выпуск 3. – М.:Изд-во ГОУ ВПО РГМУ Росздрава,2005. –С.193-195.
- 17.Катарасова А.В. Направления психореабилитационной работы психолога с детьми, имеющими синдром дефицита внимания с гиперактивностью. /А.В. Катарасова, Д.С.Гончар, Н.А. Кравцова //Реабилитология. Сборник научных трудов. Выпуск 3. – М.:Изд-во ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2005. – С.84-87.
- 18.Кравцова Н.А. Методологические основы психотерапии детей и подростков с психосоматическими расстройствами. /Н.А. Кравцова//Материалы Первой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии». Сборник статей. – Владивосток, 2007. –С.133-138
- 19.Кравцова Н.А. Биопсихосоциоэтическая модель человека и болезни как методологическая основа клинической психологии. /Н.А. Кравцова //Материалы Второй межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии». Сборник статей. – Владивосток, 2008. – С.17-21
- 20.Кравцова Н.А. Интегративная психотерапия детей и подростков, страдающих психосоматическими расстройствами./Н.А. Кравцова //Психотерапия.-2009.- №1. – С.38-43
- 21.Кравцова Н.А Структура личности у мальчиков-подростков с малыми формами нарушения половой дифференцировки. /Н.А. Кравцова, А.Ю.Кравцова, Р.В. Кадыров, Ю.А.Кравцов. //Сибирский вестник

Материалы научных конференций

- 22.Кравцова Н.А. О работе центра психосоматического здоровья. /Н.А. Кравцова //Материалы международной Научно-практической конференции «Молодежь и планирование семьи».- Хабаровск,1994.- С.16-19
- 23.Кравцова Н.А. Роль семейной психотерапии в профилактике сексуальных девиаций подростков./Н.А. Кравцова //Материалы международной Научно-практической конференции «Подростки: сексуальная культура и репродуктивное здоровье» -Хабаровск, 1995.-С. 16-19.
- 24.Кравцова Н.А. Направления психопрофилактики психосоматических нарушений у детей и подростков. /Н.А. Кравцова //Материалы Азиатско-Тихоокеанского международного Конгресса психологов. - Хабаровск, 1998.-С.45-47.
- 25.Кравцова Н.А. Актуальные проблемы социализации детей и подростков в условиях современного кризиса в России. /Н.А. Кравцова //Материалы Всероссийского Совещания-семинара «Гуманистическая педагогика социально-психологическая адаптация в условиях образовательного учреждения».- Хабаровск, 1999.Ч.1.-С.26-28.
- 26.Кравцова Н.А., Медико-психологическое сопровождение гуманистической педагогики. Н.А. Кравцова, И.А.Шувалова, Р.И.Цветкова. //Материалы Всероссийского совещания-семинара «Гуманистическая педагогика: социально-психологическая адаптация в условиях образовательного учреждения».- Хабаровск,1999.Ч.1...- С.22-23.
- 27.Петрова С.А., Динамика психоневрологического статуса у детей под влиянием направленной психокоррекции. /С.А. Петрова, Л.В.

- Максимчук, Н.А. Кравцова // Сборник материалов Русско-японского медицинского симпозиума.- Хабаровск,1999.-С.227.
- 28.Кравцова Н.А., Перспективы развития клинической психологии на Дальнем Востоке. /Н.А. Кравцова, Н.Д.Белокобыльский, И.Г.Ульянов //Современные аспекты охраны психического здоровья. Сборник материалов международной научно-практической конференции. /По ред. Акад. РАМН В.Я Семке - Владивосток: Дальнаука, 2004 - с.69-72.
- 29.Кравцова Н.А. Конфликт идентичности как онкогенный фактор. /Н.А. Кравцова //Материалы Российско-Американского научно-практического семинара «Социально-психологическая реабилитация детей с онкогематологическими заболеваниями и их семей».- Владивосток,2004. – С.30-33.
- 30.Крукович Е.В Анализ некоторых показателей нервно-психического здоровья подростков./Е.В. Крукович, Н.А. Кравцова //Психическое здоровье населения дальнего Востока. Третьи Яцковские чтения: Материалы международной научно-практической конференции. /По ред. Акад. РАМН В.Я Семке, проф. И.Г. Ульянова. – Томск, Владивосток: Изд-во ДВГУ, 2007. -292 с. С.130-132.