

УДК [616.89:616.45-001.1\3]-053.2-085.851

МЕНТАЛЬНАЯ ЭКОЛОГИЯ РАННЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

© 2014 г. П. И. Сидоров, В. П. Яковлева

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Столкновение мира ребёнка с миром взрослых, других детей и самых разнообразных событий далеко не всегда проходит для него безболезненно. Внезапные жизненные события с высокой степенью вероятности предрасполагают к возникновению психических нарушений у ребёнка, если по своему характеру являются психотравмирующими, приводят к долговременным неблагоприятным изменениям жизненных обстоятельств, снижению самооценки [9, 10, 13, 16, 17, 21]

Хронический стресс, неизбежный в любой стране в переходный период, повлек за собой увеличение заболеваемости психогенными расстройствами, алкоголизмом и наркоманией, рост умственной отсталости [12]. Известно, что около 10 % всех детей имеют по крайней мере одного родителя, у которого наблюдаются серьезные психические отклонения. За последние годы заметен неуклонный рост числа социальных сирот — детей, родители которых лишены родительских прав на них. В России более полумиллиона сирот, находящихся на попечении государства, из них 96 % — это сироты при живых родителях, лишённые закрепленного в Конвенции ООН по правам ребёнка права на семью [12]. Социальное расслоение населения, ухудшение уровня жизни, ослабление института семьи привели к увеличению числа детей, имеющих в анамнезе раннюю психическую травму.

Расстройство протекает более тяжело, если травма обусловлена поступками человека, а не внешними причинами. Самыми тяжелыми психическими травмами детского возраста являются потеря близкого взрослого и сексуальное растление. Серьезные последствия выявляются у детей, перенесших жестокое обращение. Особую группу психотравмирующих факторов составляют факторы эмоциональной депривации [6, 8, 13, 20].

Целью статьи явилось концептуально-методологическое обоснование синергетики ранней психической травмы (РПТ).

Фрактальная динамика ранней психической травмы

Предметом синергетики являются механизмы спонтанного образования и сохранения сложных систем, особенно находящихся в отношении устойчивого неравновесия со средой (к ним относятся все биотические и социальные организмы). В сферу внимания синергетики попадают нелинейные эффекты эволюции систем любого типа, кризисы и бифуркации — неустойчивые фазы существования, предполагающие множественность сценариев дальнейшего развития [11].

Обобщенно и достаточно условно можно представить динамику РПТ с позиции синергетической концепции. Фрактальная динамика нелинейна, траектория ее включает следующие фракталы биопсихосоциодуховной модели: predispositions, латентный, инициальный, развернутой клинической картины, хронизации и исхода (табл. 1).

В статье раскрывается фрактальная динамика развития последствий ранней психической травматизации ребёнка. Выделены фракталы predispositions — травматогенной семьи, латентный — претравматического диатеза, инициальный — функциональных нарушений в дебюте психической травмы, развернутой клинической картины посттравматического стрессового расстройства, хронизации — постреактивного формирования личности, исхода — расстройства личности. Обоснована программа медико-психосоциодуховной помощи и предложен способ определения степени тяжести ранней психической травмы.

Ключевые слова: ранняя психическая травма, оценка степени тяжести, фрактальная динамика, программа медико-психосоциодуховной помощи

Таблица 1

Фрактальная динамика ранней психической травмы

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиции: травматогенная семья	Латентный: претравматический диатез	Инициальный: функциональные нарушения	Развернутой клинической картины	Хронизации: формы и типы течения	Исход
Биогенез	Наследственная отягощенность	Нарушения нейрорпроцессов	Вегетососудистые нарушения	Соматоформная вегетативная дисфункция	Соматоформные расстройства	Дисциркуляторная энцефалопатия
Психогенез	Семья с повышенной готовностью к психической травме	Компульсивные и астенические черты «трудного подростка»	Психомоторный регресс, страхи и ночные кошмары, заторможенность	Посттравматическое стрессовое расстройство	Постреактивное формирование личности	Расстройство личности
Социогенез	Дисгармоничные семейные отношения	Нарушение социализации	Преходящая социальная дисфункция	Нарушение социальных связей	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность или амбивалентность семьи	Дисгармония формирования нравственных чувств	Нарушения нравственного облика	Утрата духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Вероятность противоправного поведения

Травмы чувств, связанные с потерей объекта любви, только на первый взгляд кажутся неожиданными. Исследование семейной ситуации, в которой ребёнок перенес психическую травму, демонстрирует повышенную готовность к психической травматизации. Здесь начинается **фрактал предиспозиции – семейный дизонтогенез травматогенной семьи**. Нестабильные отношения, высокий уровень эмоциональной экспрессии, отсутствие поддержки, конфликтность, враждебность – характерные черты такой семьи, выявленные с помощью проективных методик у детей, перенесших травму. Отмечено отсутствие семейных традиций и духовных ценностей, аддикции и аффективные расстройства у родителей. Типичны низкий моральный, образовательный и материальный уровень. Воспитание детей проводится по типу эмоционального отвержения и гипопеки, что влечет развитие эмоционального и духовно-нравственного дефицита. Дисгармония семейных отношений предрасполагает к искажению процесса моральной социализации ребёнка в дальнейшем.

Неблагоприятная наследственная отягощенность под влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды инициирует психовегетативную несбалансированность.

Следующим является **латентный фрактал претравматического диатеза** (психический диатез – это совокупность признаков, характеризующая предрасположенность к психической патологии). В большинстве случаев он представлен особым темпераментом «трудного ребёнка» – очень подвижного, пребывающего в плохом настроении, трудно адаптирующегося [18]. Известно, что чем острее и массивнее психическая травма, тем меньшую роль играют личностные особенности ребёнка. При уменьшении остроты и интенсивности травмы индивидуальный склад приобретает большую роль в формировании клинической картины посттравматического периода [2]. Особенно это касается компульсивных и астени-

ческих черт. Чем младше ребёнок, тем более звучат соматовегетативные симптомы.

Нарушение нейрорпроцессов проявляется дисгармонией формирования нравственных чувств, что в дальнейшем может предопределять нарушения моральной социализации и развития личности, имеющей низкий адаптационный потенциал.

Далее следует **инициальный фрактал функциональных нарушений** – собственно психическая травма. Дети более восприимчивы к травме. Чем младше ребёнок, тем драматичнее воспринимается событие, так как ниже способность к усвоению и интеграции травмы в свой детский опыт. После травмы дети многократно повторяют психотравмирующую ситуацию в играх («посттравматическая игра»), отмечают ночные кошмары, повышенная заторможенность, избегание социальных контактов, психомоторный регресс с потерей недавно усвоенных навыков, расстройство сна, появление разнообразных страхов [7]. Сопровождается это чрезмерной возбудимостью вегетативной нервной системы, повышенным уровнем бодрствования.

Возникает преходящая социальная дисфункция.

Вегетососудистая дистония и невротические реакции проявляются многовариантной деформацией нравственного облика, закладывая основу будущего развития синдрома деморализации [15].

Далее следует **фрактал развернутой клинической картины**, когда на фоне проявлений травматического стрессового расстройства начинают звучать коморбидные нарушения. Поведение детей напоминает картину психопатоподобного состояния. Но сходство только внешнее, так как травмированные дети испытывают подавленность, тревогу, чувство вины, бесполезность своей жизни, суицидальные мысли.

Усиливаются соматические жалобы, формируется психосоматическая патология.

Нейроанатомические эффекты проявляются уменьшением объема гиппокампа, выраженной правопо-

лушарной асимметрией, снижением активности поля Брока во время «флеш-беков» (возможно, данный факт объясняет, почему детям с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) особенно тяжело облекать в слова свои переживания) [1].

Нарушаются социальные связи, что вызвано нарастающей враждебностью к окружающему миру и отсутствием интереса к проблемам других людей.

Память о прошлом присутствует всегда, но она может оказывать влияние на ход жизни только перед точками бифуркации, то есть моментами решающего выбора одного из возможных жизненных путей. Если точка бифуркации пройдена, выбор пути совершен, то деятельность определяется одной из структур-аттракторов развития [4]. Если травматическое прошлое довлеет над будущим, а будущее становится неочевидным, траектория судьбы искажается.

Поскольку психологическое прошлое, настоящее и будущее являются частями психологического поля, как прошлое (прошлый опыт), так и будущее (ожидания, желания, опасения и мечты) влияют на силы, регулирующие поведение индивида сегодня [3]. Психическая травма нарушает это равновесие в сторону прошлого, рождая враждебное, недоверчивое отношение к миру, социальную отгороженность, ощущение безнадежности, хроническое чувство волнения, отчуждённость.

Анимогенез соматоформной дисфункции проявляется деструкцией духовно-нравственной позиции ребёнка, воплощаясь в раннем развитии синдрома деморализации.

Ситуацию меняют синхронизированные колебания вблизи точки бифуркации, близкий взрослый, находящийся рядом, создающий атмосферу безопасности, меняет будущее. Если это условие невыполнимо, следует **фрактал хронизации** — постреактивное формирование личности, которое возникает на основе затяжного невроза и отличается сочетанием динамических патологических изменений характера и фиксированных невротических расстройств [5]. Клиническая картина этого периода характеризуется сочетанием психопатоподобных и тяжелых неврозоподобных расстройств.

Эмоциональные нарушения этого фрактала РПТ сильно окрашены соматическими симптомами, которые нередко выходят на первый план в виде соматоформных расстройств.

В социальном плане ухудшение адаптации приводит к социальной декомпенсации, а в анимогенезе появляется риск аморальных поступков.

Заключительный фрактал РПТ — **фрактал исхода**, расстройство личности. Психотравматическое расстройство личности формируется, как правило, не ранее чем к пубертатному возрасту. На первый план выступают разнообразные нарушения поведения. Характерны различные правонарушения, зависимости от психоактивных веществ, суицидальная настроенность. Перенесшие сексуальное насилие девочки нередко становятся проститутками.

Соматоневрологические осложнения этого периода складываются из нарушений сна, аппетита, нарушений пищевого поведения, усиления соматоневрологических жалоб, вплоть до развития дисциркуляторной энцефалопатии.

На этом этапе происходит социальная дезадаптация с высоким риском асоциального развития личности.

Психические травмы, пережитые в детстве, формируют взрослую судьбу, которая не априори драматична. Традиционно степень тяжести травмы и её повреждающее действие определяется интенсивностью воздействия без учёта сопутствующих обстоятельств. Нами было проведено исследование детей латентного возраста, перенёвших психическую травму в анамнезе (травмы чувств, связанные в потере объекта любви — гибель родителей, жестокое обращение, сексуальное насилие, социальное сиротство). Выявленные отклонения изучаемых параметром (интеллекта, личностных особенностей, «Я-концепции», биоэлектрической активности головного мозга и художественного творчества детей) при одинаковом характере травмы заставили нас обратиться к излюбленному образу синергетики — бифуркационной модели.

В точках бифуркации происходит выбор пути, и процессы другого уровня (случайности) вблизи точек бифуркации могут играть ключевую роль. Такими «случайностями» здесь становятся сопутствующие травме обстоятельства — отсутствие близкого взрослого рядом, ситуация пренебрежения, унижения и плохой уход, возраст ранней психической травмы до 7 лет, наличие особого темперамента «трудного ребёнка», нахождение в детском доме, отсутствие помощи специалиста. Механизмы, за счёт которых психическая травма вызывает психические нарушения в отдалённом периоде, включают в основном факт наличия или отсутствия близкого взрослого рядом. Близкий взрослый и травмированный ребёнок должны вступить в отношения социальной аттракции, основанной на устойчивом позитивном чувстве друг к другу. Это означает, что путь развития посттравматического периода не единственный, что если в нужный момент вмешаться в ход событий, то можно изменить его.

Нами разработан способ определения степени тяжести РПТ, в котором акцентируется внимание на случайностях вблизи точек бифуркации, именно они определяют, как сложится посттравматический период [14, 19].

Алгоритм действий состоит из двух последовательных блоков. В первом (I) блоке оценивается характер психической травмы: психическая травма кратковременного действия (ПТКД), факторы эмоциональной депривации (ФЭД), хроническая психическая травма (ХПТ). ПТКД возникают у детей, родители которых погибли в результате семейного конфликта, суицида или болезни (ПТКД-1), или которые стали жертвами сексуального насилия (ПТКД-2). Эти РПТ ранжированы нами максимальным количеством баллов по 50 и 30 баллов соответственно (табл. 2).

Таблица 2
Оценка тяжести ранней психической травмы, баллы

Баллы	И блок: характер психической травмы
50	ПТКД-1 Дети, родители которых погибли (в результате семейного конфликта, суицида или болезни)
40	ФЭД-1 Социальные сироты (дети, от которых отказались в роддоме), не поддерживающие отношения с родителями
30	ПТКД-2 Дети-жертвы сексуального насилия
20	ХПТ Дети, подвергающиеся жестокому обращению
10	ФЭД-2 Социальные сироты, поддерживающие отношения с биологическими родителями, и дети, усыновленные в возрасте 4–7 лет
	II блок: отягощающие обстоятельства
7	Отсутствие доверительных отношений с кем-либо в ближайшем окружении
6	Ситуация пренебрежения, плохой уход и унижения
5	Возраст до 7 лет
4	Наличие особого типа темперамента «трудный ребёнок»
3	Нахождение в детском доме
2	Отсутствие помощи специалиста (психолога и психиатра)
1	Низкий экономический статус
	Суммарное количество баллов

Вторая по степени тяжести РПТ — группа ФЭД-1 (социальные сироты, в том числе дети, от которых родители отказались в роддоме, не поддерживающие отношения с биологическими родителями).

Группа ХПТ (жестокое обращение с детьми) нами оценена в 20 баллов. Группа ФЭД-2 (социальные сироты, поддерживающие отношения с биологическими родителями, и дети, усыновленные в возрасте 4–7 лет) — в 10 баллов.

Второй (II) блок включает в себя перечень десинхронизирующих колебаний (отягощающих обстоятельств): отсутствие доверительных отношений с кем-либо в ближайшем окружении, ситуация пренебрежения, плохой уход и унижения, возраст получения травмы до 7 лет. Наличие особого типа темперамента — «трудный ребёнок» (очень подвижен, пребывает в плохом настроении, трудно адаптируется), нахождение в детском доме, отсутствие помощи специалистов, низкий экономический статус семьи, которые проранжированы в баллах от 7 до 1.

Для того чтобы определить степень тяжести РПТ, необходимо поставить отметку в I блоке соответственно характеру РПТ. Каждый случай может быть отнесён только к одной категории травмы.

Затем необходимо оценить отягчающие обстоятельства. Несколько отягчающих обстоятельств могут суммироваться. Затем суммируются баллы I блока и II блока. Минимальное количество баллов — 13, максимальное — 78. РПТ подразделяются на три группы тяжести, при этом травма, оцененная в 13–34 балла, относится к легкой степени; 35–

56 баллов — к средней степени; 57–78 баллов — к тяжелой степени.

Пример № 1. Ребёнок А., 8 лет, пациент детского отделения Архангельской областной клинической психиатрической больницы (АОКПБ), поступил с жалобами на аутоагрессивное поведение, страхи, нарушенный сон, неумение поддерживать с детьми дружеские отношения, суетливость, излишнюю подвижность, агрессивность и слабую успеваемость в школе. В возрасте 4 лет мальчик перенёс раннюю психическую травму: на его глазах мать в состоянии патологического алкогольного опьянения убила отца, бабушку, дедушку и младшего брата, он сам чудом спасся. После ареста матери был помещён в детский дом. Профессиональная помощь не была оказана. Воспринимался окружающими как умственно отсталый. Боялся взрослых и детей. Рядом не оказалось взрослого, с которым бы удалось создать близкие доверительные отношения. Кроме того, в детском доме за ребёнком был плохой уход, другие дети обижали мальчика.

Оценка тяжести РПТ осуществлялась с учётом характера психической травмы и отягощающих обстоятельств:

I блок (характер РПТ) — ПТКД-1 (родители погибли в результате семейного конфликта) — 50 баллов;

II блок:

- отсутствие доверительных отношений с кем-либо в ближайшем окружении — 7 баллов;
- ситуация пренебрежения, плохой уход и унижения — 6 баллов;
- возраст РПТ до 7 лет — 5 баллов;
- наличие особого темперамента «трудного ребёнка» — 4 балла;
- нахождение в детском доме — 3 балла;
- отсутствие помощи специалиста — 2 балла.

Суммарный балл = баллы I блока + баллы II блока = 50 + 27 = 77 баллов, что соответствует тяжелой степени РПТ.

Пример № 2. Пациентка Н., 11 лет, поступила в детское психиатрическое отделение АОКПБ с жалобами на вербальную агрессию по отношению к взрослым, уходы из детского дома, плаксивость.

Родилась в местах лишения свободы, где находилась с матерью в течение 3 лет, затем определена в детский дом. Там была спокойной, послушной, дружелюбной. С одной из воспитателей возникли близкие позитивные отношения. Атмосфера в детском доме была теплая. Два года назад мать освободилась из мест лишения свободы, поселилась неподалеку от девочки, поддерживает с ней отношения, хотя они не вполне удовлетворяли ребёнка.

Расчёт тяжести РПТ:

- характер РПТ — ФЭД (социальные сироты, поддерживающие отношения с биологическими родителями) — 10 баллов;

- возраст получения РПТ до 7 лет – 5 баллов;
- нахождение в детском доме – 3 балла;
- отсутствие помощи специалиста – 2 балла.

По таблице оценки тяжести РПТ пациентка набирает 20 баллов, что соответствует легкой степени тяжести.

Медико-психосоциодуховная помощь

Для предотвращения тяжелых последствий ранней психической травмы нами разработана программа медико-психосоциодуховной помощи детям, в основу которой легла синергетическая концепция. Программа состоит из четырех блоков (табл. 3): медицинского и психологического, социального и духовно-нравственного, предполагающих оказание помощи мультидисциплинарными бригадами с участием педиатров, детских неврологов и психиатров, психологов и психотерапевтов, социальных работников и педагогов. Профилактические мероприятия должны начинаться ещё во фрактале predispositions, они направлены на оздоровление среды, в которой воспитывается ребёнок, этико-психологическую гармонизацию личности родителей и семейных отношений.

В *латентном фрактале* внимание уделяется выявлению предрасположенности к психическим расстройствам, диагностике диатезов, повышению стрессоустойчивости и гармонизации моральной социализации личности.

В *инициальном фрактале* самым важным становится диагностика травматических расстройств, так как в ряде случаев они остаются нераспознанными и оказание своевременной квалифицированной помощи делается невозможным. Создание ситуации безопасности, поддержка, доверительные отношения с близкими взрослыми, хороший уход и профессиональная

помощь на этом этапе могут нивелировать отрицательные последствия, предупреждая невротические расстройства у детей и корректируя формирование их нравственного облика.

Во *фрактале развернутой клинической картины*, когда начинают звучать коморбидные расстройства, важно содействовать интеграции травматического опыта в события текущей жизни ребёнка, адаптации к новой ситуации, а также проводить медикаментозную и психотерапевтическую социальную и духовно-нравственную коррекцию.

Фрактал хронизации процесса диктует акцент на борьбе с социальной и моральной изоляцией с помощью психотерапевтических и педагогических стратегий.

Фрактал исхода ПТСР – расстройства личности – требует медицинской и психологической, социальной и духовно-нравственной реабилитации.

Таким образом, динамика ранней психической травмы включает следующие фракталы: *predispositions* – особой травмогенной семьи с повышенной готовностью к психической травматизации детей, воспитывающихся в ней, *латентный* – претравматического диатеза, *инициальный* – травматического стрессового расстройства, *развернутой клинической картины* – невротических и аффективных расстройств, *хронизации* – постреактивного формирования личности, *исхода* – расстройства личности.

Семья с повышенной готовностью к психической травматизации детей отличается нестабильными отношениями, отсутствием поддержки членами семьи друг друга и традиций, конфликтностью, враждебностью, аддикциями родителей, низким моральным, образовательным и материальным уровнями. Претравматический диатез представляет собой погра-

Таблица 3

Программа медико-психосоциодуховной помощи при ранней психической травме

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Блок	Предиспозиция: травмогенная семья	Латентный: претравматический диатез	Инициальный: функциональные нарушения	Развернутой клинической картины	Хронизации: формы и типы течения
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция морально-го климата семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования и развития нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация
Медицинский	Оздоровление семьи, в которой воспитывается ребёнок	Выявление лиц с различными диатезами, коррекция расстройств	Своевременная диагностика травматического расстройства	Медикаментозная и психотерапевтическая коррекция	Групповая, поведенческая, индивидуальная психотерапия	Адекватная медикаментозная и психотерапия
Психологический	Выявление лиц (родителей) с личностными отклонениями, их коррекция	Повышение стрессоустойчивости	Создание ситуации безопасности и возможности семантической переработки травмы	Интеграция травматического опыта в события текущей жизни	Психолого-педагогическая коррекция	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция семейных отношений	Гармонизация социализации личности	Поддержка, доверительные отношения с близким взрослым, хороший уход	Адаптация к ситуации	Борьба с социальной изоляцией	Социальная реабилитация

ническое состояние, которое под влиянием экзогенных факторов трансформируется в заболевание. Наличие темперамента «трудного ребёнка» утяжеляет течение ПТСР. Инициальный период РПТ — собственно травматическое стрессовое расстройство. Сопутствующие ему обстоятельства будут определять течение ПТСР. Отсутствие близких доверительных отношений, плохой уход, унижения, возраст до 7 лет, отсутствие помощи специалиста, пребывание в детдоме ухудшают прогноз. Развернутая клиническая картина включает невротические и аффективные расстройства, скрывающиеся под маской психопатоподобной симптоматики. Постреактивное формирование личности при отсутствии благоприятных сопутствующих обстоятельств завершается расстройством личности.

Программа медико-психосоциодуховной помощи при ранней психической травме, разработанная на основе синергетической концепции, включает медицинский и психологический, духовно-нравственный и социальный блоки и предполагает участие мультидисциплинарных бригад в профилактике, коррекции и реабилитации.

Синергетическая методология учитывает все внутренние и внешние факторы ранней психической травмы и позволяет предотвратить её тяжелые последствия.

Список литературы

1. Джекобсон Дж. Л., Джекобсон А. М. Секреты психиатрии. М. : Медпресс-информ, 2005. 576 с.
2. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. М. : Медицина, 1988. 248 с.
3. Капица С. П., Курдюмов С. П., Малинецкий Г. Г. Синергетика и прогнозы будущего. М., 1997.
4. Князева Е. Н., Курдюмов С. П. Основания синергетики: Режимы с обострением, самоорганизация, темпомиры. СПб. : Алетея, 2002. 414 с.
5. Ковалёв В. В. Психиатрия детского и подросткового возраста. М. : Медицина, 1979. 608 с.
6. Козловская Г. В., Проселкова М. Е., Калинина М. А., Марголина И. А., Платонова Н. В. Психическая депривация как патогенный фактор в раннем онтогенезе // Психиатрия. 2005. № 6. С. 18–23.
7. Корнев А. С. О классификации психических расстройств у детей раннего возраста // Сборник научных трудов Санкт-Петербургского института раннего вмешательства. 1996. Т. 1. С. 41–44.
8. Лангмайер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага : Авиценум, 1984. 334 с.
9. Макаров И. В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. СПб. : Наука и техника, 2013. 416 с.
10. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М. : Смысл ; СПб. : Речь, 2003. 407 с.
11. Назаретян А. П. Цивилизационные кризисы в контексте Универсальной истории (Синергетика-психология-прогнозирование). 2-е изд. М. : Мир, 2004. 367 с.
12. Открытый диалог в психиатрической практике Баренц-региона / под ред. П. И. Сидорова и Я. Сейкуллы.

Архангельск : Изд. центр Северного государственного медицинского университета, 2003. 368 с.

13. Сидоров П. И., Бочарова Е. А., Яковлева В. П. Синергетика невротических расстройств у детей // Российский психиатрический журнал. 2008. № 1. С. 83–89.
14. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Яковлева В. П., Бочарова Е. А. Способ определения степени тяжести ранней психической травмы : пат. 2327417 Рос. Федерация. 27.06.2008.
15. Сидоров П. И. Духовно-нравственные ресурсы ментальной медицины // Экология человека. 2014. № 6. С. 33–41.
16. Скобло Г. В., Белянчикова М. А. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (сообщение) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002. № 2. С. 96–99.
17. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М. : Медгиз, 1959. Т. 2. 405 с.
18. Чесс С., Томас А. Значение темперамента для психиатрической практики // Детство идеальное и настоящее. Новосибирск, 1994. С. 131–144.
19. Яковлева В. П., Бочарова Е. А., Соловьев А. Г. Новые подходы в определении степени тяжести ранней психической травмы // Экология человека. 2008. № 3. С. 34–37.
20. Balleyguier G. Temperament and Character: A French School // Temperament in Childhood. Chichester, 1989. P. 597–606.
21. Brown G. M., Harris T. Life events and illness. Guilford Press, New York, 1989.

References

1. Dzhekobson Dzh. L., Dzhekobson A. M. *Sekrety psikhiiatrii* [Secrets of psychiatry]. Moscow, Medpress-inform, 2005, 576 p.
2. Zakharov A. I. *Nevrozy u detei i podrostkov* [Neuroses among children and teenagers]. Moscow, Meditsina Publ., 1988, 248 p.
3. Kapitsa S. P., Kurdyumov S. P., Malinetskii G. G. *Sinergetika i prognozy budushchego* [Synergy and future forecasts]. Moscow, 1997.
4. Knyazeva E. N., Kurdyumov S. P. *Osnovaniya sinergetiki: Rezhimy s obostreniem, samoorganizatsiya, tempomiry* [Synergy grounds: Escalation modes, self-organization, tempoworlds]. Saint Petersburg, Aleteia, 2002, 414 p.
5. Kovalev V. V. *Psikhiiatriya detskogo i podrostkovogo vozrasta* [Psychiatry of a child and a teenager's age]. Moscow, Meditsina Publ., 1979, 608 p.
6. Kozlovskaya G. V., Proselkova M. E., Kalinina M. A., Margolina I. A., Platonova N. V. Psychic deprivation as a pathogene at the early stage of early ontogenesis. *Psikhiiatriya* [Psychiatry]. 2005, 6, pp. 18-23. [in Russian]
7. Kornev A. S. O klassifikatsii psikhicheskikh rasstroistv u detei rannego vozrasta [About the classification of mental disorders in early childhood]. In: *Sbornik nauchnykh трудов Sankt-Peterburgskogo instituta rannego vmeshatel'stva* [Collection of scientific papers of the Institute of the early intervention in Saint Petersburg]. 1996, vol. 1, pp. 41-44.
8. Langmaier I., Mateichik Z. *Psikhicheskaya deprivatsiya v detskom vozraste* [Psychic childhood deprivation]. Praga, Avitsenum, 1984, 334 p.
9. Makarov I. V. *Klinicheskaya psikhiiatriya detskogo i podrostkovogo vozrasta* [Clinical psychiatry in childhood and

teenage years]. Saint Petersburg, Nauka i tekhnika Publ., 2013, 416 p.

10. *Mnogoosevaya klassifikatsiya psikhicheskikh rasstroistv v detskom i podrostkovom vozraste. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv u detei i podrostkov v sootvetstvi s MKB-10* [Multiaxial classification of a mental disorder in childhood and teenage years. Classification of mental and behavioural disorders in childhood and teenage years according to ICD-10]. Moscow, Saint Petersburg, 2003, 407 p.

11. Nazaretyan A. P. *Tsivilizatsionnye krizisy v kontekste Universal'noi istorii (Sinergetika - psikhologiya - prognozirovaniye)* [Civilisational crises in the context of the Universal history (Synergy - psychology - prognostication)]. Moscow, Mir Publ., 2004, 367 p.

12. *Otkrytyi dialog v psikhiatricheskoj praktike Barents-regiona* [Open Dialogue in Barents Region Psychiatric Practice], eds. P. I. Sidorov i Ya. Seikkula. Arkhangelsk, SGMU Publ. 2003, 368 p.

13. Sidorov P. I., Bocharova E. A., Yakovleva V. P. Synergy of neurotic disorders among children. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2008, 1, pp. 83-89. [in Russian]

14. Sidorov P. I., Soloviev A. G., Yakovleva V. P., Bocharova E. A. *Sposob opredeleniya stepeni tyazhesti rannei psikhicheskoi travmy* [A way of determining of the early psychic trauma's severity]. Pat. 2327417 Russian Federatsiya. 27.06.2008.

15. Sidorov P. I. Moral and spiritual resources of mental medicine. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 6, pp. 33-41. [in Russian]

16. Skoblo G. V., Belyanchikova M. A. About the international diagnostic classification of psychic health disorders in the infant age (a statement). *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov* [Issues on the psychic health in childhood and teenage years]. 2002, 2, pp. 96-99. [in Russian]

17. Sukhareva G. E. *Klinicheskie lektsii po psikhiiatrii detskogo vozrasta* [Clinical lectures on the childhood psychiatry]. Moscow, Medgiz, 1959, vol. 2, 405 p.

18. Chess S., Tomas A. Znacheniye temperamenta dlya

psikhiatricheskoj praktiki [The significance of the temperament for the psychiatric practice]. In: *Detstvo ideal'noe i nastoyashchee* [Ideal and actual childhood]. Novosibirsk, 1994, pp. 131-144.

19. Yakovleva V. P., Bocharova E. A., Solov'ev A. G. New approaches in determination of degree of primal psychic trauma seriousness. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2008, 3, pp. 34-37. [in Russian]

20. Balleysguier G. Temperament and Character: A French School. *Temperament in Childhood*. Chichester, 1989, pp. 597-606.

21. Brown G. M., Harris T. *Life events and illness*. Guilford Press, New York, 1989.

MENTAL ECOLOGY OF THE EARLY PSYCHIC TRAUMA

P. I. Sidorov, V. P. Yakovleva

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Fractal dynamics of the development of child's early psychic traumas' after-effects is described in the article. Predisposition fractals are marked out of a traumatogenic family, latent of pretraumatic diathesis, initial of functional disorders in the debut of a psychic trauma, a full-scaled clinical picture of the post-traumatic stress disorder, chronization of the personality post-reactive formation, the outcome of the personality disorders. The program of medico-psycho-socio-spiritual assistance was validated and the method of determination of early psychic traumas severity level was offered.

Keywords: early psychic trauma, assessment of severity level, fractal dynamics, program of medico-psycho-socio-spiritual assistance

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Адрес 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д.51

E-mail: pavelidorov13@gmail.com