

Социально-педагогические и медико-психологические последствия неправильного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья

И. К. Шац

*Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина
Санкт-Петербург Российская Федерация*

Введение. Родители детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) используют часто негармоничные стили воспитания. Это обусловлено тяжелыми эмоциональными переживаниями, прежде всего страхом потери ребенка. Неправильные типы воспитания приводят к социальным, психологическим и медицинским последствиям.

Материалы и методы. Исследование проводилось в рамках оказания психологической и психиатрической помощи 311 семьям детей с различными проблемами здоровья, включающими детей с ЗПР, онкологическими заболеваниями, другими тяжелыми соматическими заболеваниями, нарушениями опорно-двигательного аппарата. Использовались диагностическое интервью, Опросник «Анализ семейных взаимоотношений», Опросник МПДО и скрининг опросник родительского отношения (СОРО).

Результаты. В процессе оказания помощи отмечено большое количество патохарактерологических реакций, таких как реакции активного протеста, отказа и эмансипации, проявляющихся в разнообразных нарушениях поведения. Неправильное воспитание является одной из основных причин невротических нарушений у детей с ОВЗ. Часто встречаются невротические реакции в виде страхов и тревоги. Неправильная позиция или поведение родителей способствуют формированию тревожности как черты характера ребенка. При длительном воздействии негармоничного воспитания у детей формируются личностные аномалии. Наиболее часто встречаются истероидный и неустойчивый варианты патохарактерологического развития личности. У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и тяжелыми соматическими заболеваниями наблюдается дефицитарный тип патологического формирования личности в двух клинических вариантах – псевдоаутистическом и диспропорциональном.

Обсуждение и выводы. Результаты исследования выявили разнообразные социальные, психологические и клинические последствия негармоничного воспитания. Для профилактики и коррекции последствий негармоничного воспитания детей с ОВЗ, необходимы мероприятия, в которые должны быть вовлечены все участники педагогического процесса: дети, педагоги-дефектологи, но основной фокус усилий должен быть сосредоточен на работе с родителями.

Ключевые слова: негармоничное воспитание, дети с ограниченными возможностями здоровья, личностные реакции, патологическое формирование личности.

Для цитирования: Шац И. К. Социально-педагогические и медико-психологические последствия неправильного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина. – 2023. – № 4. – С. 238–251. DOI: 10.35231/18186653_2023_4_238. EDN: WAUPLM

Socio-pedagogical and Medical-psychological Consequences of Improper Upbringing of Children With Disabilities

Igor K. Shats

*Pushkin Leningrad State University,
Saint Petersburg, Russian Federation*

Introduction. Parents of children with disabilities often use non-harmonious parenting styles due to heavy emotional feelings and primarily fear of losing a child. Incorrect types of upbringing have social, psychological and medical consequences.

Materials and methods. The study was conducted within the framework of psychological and psychiatric assistance to 311 families of children with various health problems, including children with mental retardation, oncological diseases, other severe somatic diseases, and musculoskeletal disorders. The diagnostic interview, the Family Relationship Analysis Questionnaire, Modified Pathocharacterological Diagnostic Questionnaire, and the Parental Attitude Screening Questionnaire were used.

Results. In the process of assistance, a large number of pathocharacterological reactions, such as reactions of active protest, refusal and emancipation, manifested in a variety of behavioural disorders were noted. Improper upbringing is one of the main causes of neurotic disorders in children with disabilities. Neurotic reactions in the form of fears and anxiety are common. Improper position or behaviour of parents contribute to the formation of anxiety as a character trait of the child. With prolonged exposure to non-harmonious upbringing, children form personality anomalies. The most common are hysteroid and unstable variants of pathocharacterological development of personality. In children with musculoskeletal disorders and severe somatic diseases there is a deficit type of pathological personality formation in two clinical variants – pseudoautistic and disproportional.

Discussion and conclusions. The results of the study revealed a variety of social, psychological and clinical consequences of non-harmonious upbringing. To prevent and correct the consequences of non-harmonious upbringing of children with disabilities, it is necessary to take measures that should involve all participants in the pedagogical process: children, defectologists, but the main focus of efforts should be on working with parents.

Key words: non-harmonious upbringing, children with disabilities, personality reactions, pathological personality formation.

For citation: Shats, I. K. (2023) Social'no-pedagogicheskie i mediko-psixologicheskie posledstviya nepravil'nogo vospitaniya detej s ogranichennoy mi vozmozhnostyami zdorov'ya [Socio-pedagogical and Medical-psychological Consequences of Improper Upbringing of Children With Disabilities]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A. S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. No. 4. Pp. 238–251. (In Russian). DOI: 10.35231/18186653_2023_4_238, EDN: WAUPMJ

Введение

Возрастная незрелость личности и её отдельных компонентов и свойств, неустойчивость структуры личности ребенка и подростка определяют относительную легкость возникновения различных преходящих или стойких отклонений и нарушений процесса формирования личности под действием разнообразных неблагоприятных биологических, социальных и психологических факторов [7]. Одним из главных факторов, влияющих на формирование личности является семейное воспитание.

Родители детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) часто используют несвойственную для них прежде манеру воспитания и поведения с ребёнком, что обусловлено разнообразными причинами. Воспитательская растерянность родителей в связи с серьезными заболеваниями или патологическими состояниями ребенка обусловлена психической травмой самих родителей, которой для них является факт болезни ребенка. Травма приводит к различным эмоциональным изменениям у родителей. Одним из таких частых эмоциональных нарушений, которое фиксируется на долгие годы, а иногда на всю жизнь является страх потери ребенка. Результатами такого страха становятся повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности и т. д. Страх «подпитывается» реальной или мнимой возможностью рецидива болезни или новым заболеванием. В семьях детей с ОВЗ наблюдаются все стили негармоничного воспитания, но чаще всего встречаются потворствующая гиперпротекция и так называемое «оранжевое» воспитание [14].

Целью статьи является описание и анализ последствий негармоничного воспитания детей с ОВЗ, выявленных в процессе оказания психологической и психиатрической помощи.

Обзор литературы

Различные стили неправильного (негармоничного) воспитания могут приводить к разнообразным личностным и поведенческим проблемам у детей и подростков. В медико-психологической литературе подробно обсуждается проблема как различные негармоничные стили воспитания могут

сформировать или усилить нежелательные стороны характера ребенка¹ [9; 17].

В разных исследованиях отмечают четкую связь между воспитанием и личностными и поведенческими реакциями детей [4], в том числе правонарушениями в подростковом возрасте [1]. В отечественной детской психиатрии для обозначения психологических личностных реакций используется термин «характерологические реакции», предложенный Т. П. Симпсон [11; 12] и позднее предложенный В. В. Ковалевым термин «патохарактерологические реакции» [7]. Эти реакции, проявляющиеся в разнообразных эмоциональных и поведенческих изменениях, являются ответом ребенка или подростка прежде всего на неправильные травмирующие его параметры воспитания со стороны значимых людей, прежде всего родителей и педагогов. Существенным отличием характерологических реакций от патохарактерологических является, то, что при последних нарушается социально-психологическая адаптация и, как правило, они сопровождаются невротическими (в частности, соматовегетативными) расстройствами. Выделяют следующие формы реакций: реакции отказа, реакции оппозиции, реакции имитации, реакции компенсации, реакции гиперкомпенсации. В подростковом возрасте в дополнение к этим формам выделяют: реакции эмансипации, реакции группирования со сверстниками, реакции увлечения [10].

Многие отечественные детские психотерапевты и психиатры считают, что неправильное воспитание является одной из основных причин неврозов в детском возрасте [2; 6] и в целом очень негативно сказывается на эмоциональном развитии детей [6; 15]. В результате социального научения и неправильного воспитания родители стимулируют формирования у детей страхов и тревожности [8]. Большинство страхов передаются детям неосознанно, но некоторые опасения и страхи могут сознательно культивироваться родителями в процессе воспитания или внушаться в навязываемой системе ценностных ориентаций [5].

Исследователи отмечают связь личностной деформации детей с их воспитанием. Описывая патологическое формиро-

¹ Эйдмиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2003. 336 с.

вание личности, связанное с хронической психотравмирующей ситуацией в микросреде и неправильным воспитанием В. В. Ковалев ввел в отечественную детскую психиатрию термин «патохарактерологическое развитие личности» [7]. Основными механизмами патохарактерологического развития являются закрепление личностных реакций (протеста, отказа, гиперкомпенсации и т. д.) возникших в ответ на психотравмирующие воздействия, и прямое стимулирование неправильным воспитанием тех или иных нежелательных черт характера (возбудимости, демонстративности и др.) [7]. Основными вариантами патохарактерологического развития личности являются аффективно-возбудимый, тормозимый, истероидный, неустойчивый и смешанный вариант. Г. Е. Сухарева описывала нарушения становления личности введя понятие «изменения характера под влиянием неблагоприятных условий воспитания» [14].

В. В. Ковалевым выделена также особая группа личностных расстройств – патологических формирований личности дефицитарного типа. Патологические формирования личности дефицитарного типа формируются у детей с физическими дефектами анализаторов (слепые, слабовидящие, глухие, тугоухие), дефектами опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич, последствия полиомиелита, костно-суставный туберкулез, врожденные аномалии конечностей, миопатии). Кроме того, данный вид личностной патологии является у детей с тяжелыми заболеваниями сердца, легких, онкологическими заболеваниями и др. Важными причинами патологического формирования дефицитарного типа является неправильное воспитание и своеобразное отношению окружающих к больному ребенку [7].

Материалы и методы

Исследование проводилось в рамках оказания психологической и психиатрической помощи 311 семьям детей с различными проблемами здоровья, включающими детей с ЗПР, онкологическими заболеваниями, другими тяжелыми соматическими заболеваниями, нарушениями опорно-двигательного аппарата. В исследовании использовались диагностическое интервью, Опросник «Анализ семейных взаимоотношений»

(АСВ) [16], Опросник МПДО [3] и скрининг опросник родительского отношения (СОРО)¹.

Результаты

Личностные реакции. Одной из частых проблем, решаемых в процессе оказания помощи семьям детей с ОВЗ, были нарушения поведения. Эти нарушения были проявлением разнообразных характерологических и патохарактерологических реакций.

Реакции протеста (оппозиции) встречались наиболее часто и включали большую группу разнообразных форм переходящих расстройств поведения, в основе которых был комплекс эмоционально насыщенных переживаний, очень значимых для ребенка: переживания обиды, ущемленного самолюбия, недовольства отношением близких и т. п. Эти реакции возникали у больных детей, прежде всего, на различные виды запретов и ограничений (нередко связанные с проблемами здоровья), на требования родителей, связанные с выполнением медицинских или педагогических рекомендаций.

Характерологические реакции активного протеста проявлялись в форме непослушания, грубости, вызывающего и агрессивного поведения в ответ на требования родителей, рекомендации педагогов или врачей. Эти реакции были относительно кратковременны и часто наблюдались у детей с чертами эмоциональной возбудимости.

Патохарактерологические реакции активного протеста отличались значительно большей интенсивностью проявлений, наличием агрессивного поведения, выраженным вегетативным компонентом (покраснение лица, потливость, тахикардия), большей продолжительностью, склонностью к повторению и фиксации нарушенного поведения, которое приобретало стереотипный характер.

Реакции пассивного протеста обычно проявлялись в отказе от сотрудничества с взрослыми, прежде всего, родителями, врачами и другими специалистами. Дети и подростки отказывались от выполнения тех или иных требований, предъявляемых к ним взрослыми, проявляли недовольство, обиду, замаскированную враждебность по отношению к тому или иному близко-

¹ Шац И. К. Дети с ограниченными возможностями здоровья: диагностика клиничко-психологических, психолого-педагогических проблем и динамическое сопровождение: учебное пособие. СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2020. 180 с.

му человеку, утрачивали с родителями прежний эмоциональный контакт. У детей появлялись ранее несвойственные им необщительность и капризность. Нередко реакции пассивного протеста выражались избирательным отказом от речи (элективным мутизмом), дети не пользовались речью и даже активно отказывались от речевого общения с лицами, вызвавшими психотравмирующие переживания. Иногда у больных детей реакция пассивного протеста проявлялась в виде отказа от еды.

Характер реакций протеста определялся личностными особенностями и возрастом ребенка. У детей упрямых, аффективно возбудимых, как правило, возникали реакции активного протеста, тогда как у детей робких, неуверенных в себе, инфантильных преобладали реакции пассивного протеста.

Реакции отказа проявлялись в ограничении или в стремлении к полному отказу от контактов, дети были пассивны, не выражали никаких желаний и делали все только по просьбе или принуждению. В некоторых случаях при таком рисунке поведения дети производили впечатление интеллектуально отстающих. Реакция отказа была связана с переживанием отчаяния, массивными страхами, особенно при новых ситуациях.

Описаны личностные реакции характерные для подросткового возраста. К ним относятся: реакции эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения или «хобби-реакции» [10]. В ситуации болезни из подростковых реакций наиболее ярко проявлялась только реакция эмансипации. Она выражалась повышенным стремлением подростков к самостоятельности, независимости от родителей и всех других взрослых, что было связано со свойственным подростковому возрасту стремлением к самоутверждению. Подростки пренебрегали медицинскими рекомендациями по лечению и образу жизни, отказывались от приема лекарств, демонстративно игнорировали запреты и нормы поведения. Они гуляли в плохую погоду в несоответствующей погоде одежде, уходили из дома и больницы по своему разумению, отказывались отчитываться перед взрослыми (родителями и лечащим врачом).

Невротические расстройства. Неправильное воспитание является одной из основных причин невротических нарушений в детском и подростковом возрасте. Эти нарушения проявлялись как нозологически очерченными неврозами в виде

тревоги и страхов. В семьях больных детей при использовании стиля воспитания по типу потворствующей протекции нередко формировался истерический невроз. При применении воспитания по типу доминирующей гиперпротекции или эмоционального отвержения наблюдался невроз навязчивых состояний. Развернутые клинические картины таких неврозов в наших наблюдениях встречались не часто, но работа всех специалистов с такими детьми достаточно сложна, такой работе будет посвящена отдельная публикация.

Намного чаще встречались невротические реакции в виде страхов и тревоги. Личностный страх становится особенностью характера ребенка, к таким страхам предрасположены дети с повышенной тревожностью, мнительностью. Как правило, личностные страхи проявлялись или усиливались в пугающей новой обстановке образовательного учреждения, больницы и в контактах с педагогическими, медицинскими и социальными работниками. Существенными факторами, способствующими развитию страхов, являлись личностные особенности родителей. Прежде всего, страхи детей были связаны с тревожно-мнительными чертами характера их родителей. Естественно, родители, напуганные болезнью или нарушениями у ребенка, испытывали массу страхов, находились в тревожном состоянии, испытывали чувство беспомощности, испытывали страх перед плохим исходом болезни или будущего, теряли мужество, эмоционально «заражая» ребенка страхами. При таких переживаниях родители прибегали к стилю воспитания главным параметром которого являлась гиперпротекция (гиперопека), которая стимулировала и усугубляла инфантильность, несамостоятельность, неуверенность ребенка, что в свою очередь усиливало уже имеющиеся страхи и стимулировало появления новых страхов.

Во многих случаях страх не проявлялся внешне, о нем можно было судить по разным косвенным проявлениям: уклонение от посещения кабинета врача, ассоциирующимся с неприятными или болезненными ситуациями. В незнакомых местах или ситуациях, где ранее возникали неприятные переживания, дети становились напряженными, порой подозрительными, прислушивались к разговорам взрослых. Содержание страхов могло быть разным, но очень часто это был страх медицинских

процедур, болезни и смерти родителей, ухода родителей, страх не вырасти (опосредованный страх смерти). Часто страхи проявлялись во сне в виде кошмарных сновидений.

Очень часто неправильная позиция или поведение родителей способствовало формированию тревожности, как черты характера ребенка. Тревога у детей проявлялась внутренним напряжением и настороженностью, направленной вовне. При воздействии отрицательных или положительных внешних факторов тревога соответственно усиливалась или уменьшалась. В наших наблюдениях у детей встречались два варианта состояния тревоги с заторможенностью (медлительностью) и возбуждением (беспокойством). Для тревожных состояний с заторможенностью были характерны медлительность или небольшая двигательная скованность. Как правило, мимика у таких детей оставалась живой, но всегда носила оттенок настороженности. Они с опаской встречали незнакомых, особенно взрослых людей, осторожно вступали в контакт. Игровая деятельность соответствовала возрасту, но в игре дети были пассивны. У части детей синдром тревоги сочетался с беспокойством, суетливостью. Дети охотно вступали в контакт, но проявляли недетскую сдержанность. Очень часто дети прислушивались к разговорам окружающих, беспокойно реагировали на любое изменение в окружающей обстановке. В их движениях и играх наблюдалась суетливость, боязливость. Им было тяжело подолгу оставаться на одном месте и заниматься одним и тем же делом. У всех детей при усилении тревоги появлялась плаксивость, которая более выражена у детей с беспокойством и суетливостью.

Психогенные патологические формирования личности. У хронически больных детей чаще наблюдался истероидный и неустойчивый варианты патохарактерологического развития.

Истероидные черты характера чаще формировались в тех случаях, когда единственный ребенок воспитывался в системе потворствующей гиперпротекции, по типу «кумира семьи», в обстановке общего обожания, избалованности, удовлетворении любых требований и прихотей ребенка даже после выздоровления. Дети требовали к себе постоянного внимания, во всем проявляли эгоизм, не считались с потребностями других членов семьи. На незначительные трудности и неудачи давали бурные аффективные реакции.

Неустойчивый тип патохарактерологического развития формировался у детей с ОВЗ в семьях, в которых родители использовали так называемое «оранжерейное воспитание» [13]. Ребенка ограждали от самостоятельного преодоления малейших трудностей, освобождали от всех домашних обязанностей, осуществляли полное обслуживание даже в возрасте 12–13 лет. Оберегали от различных жизненных ситуаций, которые, по мнению родителей, могли повредить здоровью, доходя до абсурдных действий. В таких ситуациях поведение ребенка зависело от сиюминутных желаний и влечений, формировались повышенная подчиняемость постороннему влиянию, неумение и нежелание преодолевать малейшие трудности, отсутствовали навыки и интерес к труду, не развивались соответствующие возрасту регулирующие поведение волевые механизмы. Постепенно, уже в старшем возрасте, такие подростки проявляли повышенную склонность к имитации отрицательных форм поведения (сквернословие, мелкое воровство, употребление спиртных напитков и т. д.).

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, тяжелым течением соматических заболеваний нами наблюдался дефицитарный тип патологического формирования личности. Данный тип личностной патологии возникал под воздействием различных факторов. Воспитание по типу потворствующей гиперпротекции, психологически чрезмерно щадящая атмосфера формировали у ребенка неуверенность в себе, робость, обидчивость. У этих детей и подростков отмечались наивность суждений, слабая ориентированность в бытовых и практических вопросах. У многих детей старшего возраста существенное влияние на закрепление этих черт характера оказывало осознание своей физической неполноценности и несостоятельности.

В нашем исследовании чаще встречались два варианта дефицитарного формирования личности – псевдоаутистический и диспропорциональный, которые описаны в литературе [7]. Псевдоаутистический вариант дефицитарного расстройства проявлялся в особенностях поведения детей и подростков. Они существенно ограничивали контакты со сверстниками, боясь привлечения внимания к физическому недостатку, для них были характерны повышенная сенситивность, обидчивость,

ранимость, склонность к компенсаторному фантазированию. В фантазиях дети представляли себя сильными, мужественными, красивыми, наделенными героическими качествами, видели себя в роли воинов, космонавтов, путешественников и т. п. Фантазии часто сопровождалась яркими образными представлениями, что отражалось в творчестве детей.

Диспропорциональный вариант дефицитарного развития личности формировался у детей и подростков при неправильном воспитании с преждевременными и чрезмерными поощрениями интеллектуальных интересов и занятий в сочетании с ограничением двигательной активности, запрещении активных и подвижных игр, изоляцией от сверстников [7]. При этом варианте дефицитарного развития у детей наблюдалось преобладание интеллектуальных интересов и развития, опережающих возрастные нормы. Дети много времени посвящали чтению, решению головоломок, игре с различными конструкторами, предпочитали игры в шахматы и другие настольные игры. В тоже время у них отмечалась выраженная личностная незрелость, они плохо ориентировались в социальных и бытовых аспектах жизни, не умели и боялись общаться со сверстниками, предпочитая общество взрослых.

Обсуждение и выводы

Таким образом, исследование показало, что негармоничные стили воспитания приводят к большому спектру личностных проблем у детей и подростков с ОВЗ. Эти проблемы проявляются в разнообразных поведенческих реакциях, невротических нарушениях и клинически очерченных патологических личностных девиациях. Эти социально-педагогические и медико-психологические последствия существенно нарушают адаптацию детей с ОВЗ.

Для профилактики и коррекции нарушений адаптации, прежде всего, необходима работа с родителями детей с ОВЗ. Для профилактики и коррекции личностных нарушений эффективной является работа с родителями в форматах семейной психотерапии, психологического и педагогического консультирования, целью которой является помощь родителям по исправлению недостатков воспитания, рекомендации в отношении путей и форм преодоления эффектов воспитательной растерянности.

Работа с детьми должна включать приемы поведенческой и когнитивно-поведенческой психотерапии для коррекции поведенческих реакций, основной целью которой является осознание ребенком неприемлемости определенных стереотипов поведения, а также помощь и поддержка при негативных переживаниях, связанных с болезнью и пребыванием в различных учреждениях.

Помощь педагогам должна оказываться уже в период их профессиональной подготовки и в дальнейшем в рамках повышения их квалификации. Необходимо включение в программы обучения студентов дисциплин по проблемам воспитания, включающих обсуждение причин и последствий негармоничного воспитания, а также изучение особых потребностей семей детей с ОВЗ. Также необходима помощь педагогам по созданию щадящего и терапевтического климата в детских образовательных и коррекционно-развивающих учреждениях. Такая работа регулярно ведется на дефектологическом факультете ЛГУ им А. С. Пушкина.

Мероприятия по профилактике и преодолению личностных нарушений должны быть комплексными и проводиться регулярно в рамках сопровождения семьи ребенка с ОВЗ с применением различных форм и технологий, охватывать всех участников педагогического процесса: детей с ограниченными возможностями здоровья их родителей и педагогов-дефектологов.

Список литературы

1. Баерюнас З. В. Типичные ошибки семейного воспитания подростков // Проблемы быта, брака и семьи. – Вильнюс. – 1970. – С. 135–142.
2. Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. – Л.: Медицина, 1977. – 272 с.
3. Дмитриев М. Г., Белов В. Г., Парфенов Ю. А. Психолого-педагогическая диагностика делинквентного поведения у трудных подростков. – СПб.: ПОНИ, 2010. – 316 с.
4. Елизаров А. Н. Телефон доверия: работа психолога-консультанта с родителями в ситуации родительско-юношеских отношений // Вопросы психологии. – 1995. – № 7. – С. 39–46.
5. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб.: СОЮЗ, 2000. – 448 с.
6. Захаров А. И. Происхождение и психотерапия детских неврозов. – СПб.: КАРО, 2006. – 672 с.
7. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей: – 2-е изд., доп. и перераб.. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
8. Колягин В. Г. Психологические особенности страхов дошкольников с недостатками речевого развития. – М., 2011. – 25 с.

9. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
10. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
11. Симпсон Т. П. Формы и содержание конкретной работы с «трудными» детьми в детской консультации. – М., 1935. – 18 с.
12. Симпсон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. – М., 1958. – 216 с.
13. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. – М., 1955. – 468 с.
14. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. – М., 1959. – 406 с.
15. Целуйко В. М. Психология неблагополучной семьи. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 272 с.
16. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная терапия. – СПб., 2001. – 44 с.

References

1. Baeryunas, Z. V. (1970) Tipichny'e oshibki semejnogo vospitaniya podrostkov [Typical mistakes of family education of adolescents]. *Problemy` by`ta, braka i sem`i – Problems of life, marriage and family*. Vilnius. Pp. 135–142. (In Russian).
2. Garbuzov, V. I., Zakharov, A. I., Isaev, D. N. (1977) *Nevrozy` u detej i ix lechenie* [Neurosis in children and their treatment]. Leningrad: Medicina. (In Russian).
3. Dmitriev, M. G., Belov, V. G., Parfenov, Yu. A. (2010) *Psixologo-pedagogicheskaya diagnostika delinkventnogo povedeniya u trudny`x podrostkov* [Psychological and pedagogical diagnosis of delinquent behavior in difficult adolescents]. St. Petersburg: Poni. (In Russian).
4. Yelizarov, A. N. (1995) Telefon doveriya: rabota psikhologa-konsul'tanta s roditelyami v situatsii roditel'sko-yunosheskikh otnosheniy [Helpline: the work of a psychologist-consultant with parents in the situation of parent-youth relations]. *Voprosy psikhologii – Questions of psychology*. No. 7. Pp. 39–46. (In Russian).
5. Zakharov, A. I. (2000) *Dnevny'e i nochny'e straxi u detej* [Daytime and nighttime fears in children]. St. Petersburg: Soyuz. (In Russian).
6. Zakharov, A. I. (2006) *Proiskhozhdeniye i psikhoterapiya detskikh nevrozov* [Origin and psychotherapy of childhood neuroses]. St. Petersburg: Karo. (In Russian).
7. Kovalev, V. V. (1995) *Psixiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej* [Psychiatry of childhood. Guidance for physicians]. 2nd ed., Rev. and additional. Moscow: Medicine. (In Russian).
8. Kolyagin, V. G. (2011) *Psikhologicheskiye osobennosti strakhov doshkol'nikov s nedostatkami rechevogo razvitiya* [Psychological characteristics of fears of preschool children with speech impairments]. Moscow. (In Russian).
9. Lichko, A. E. (1983) *Psixopatii i akcentuacii xaraktera u podrostkov* [Psychopathies and accentuations in adolescents]. 2nd ed., Rev. and additional. Leningrad: Medicine. (In Russian).
10. Lichko, A. E. (1985) *Podrostkovaya psixiatriya: (Rukovodstvo dlya vrachej)* [Adolescent psychiatry: (Guidance for physicians)]. 2nd ed., Rev. and additional. Leningrad: Medicine. (In Russian).
11. Simpson, T. P. (1935) *Formy i sodержaniye konkretnoy raboty s «trudnymi» det'mi v detskoy konsul'tatsii* [Forms and content of specific work with "difficult" children in children's consultation]. Moscow. (In Russian).
12. Simpson, T. P. (1958) *Nevrozy u detej, ikh preduprezhdeniye i lecheniye* [Neuroses in children, their prevention and treatment]. Moscow. (In Russian).
13. Sukhareva, G. E. (1955) *Klinicheskiye leksii po psixiatrii detskogo vozrasta* [Clinical lectures on childhood psychiatry]. Vol. 1. (In Russian).
14. Sukhareva, G. E. (1959) *Klinicheskiye leksii po psixiatrii detskogo vozrasta* [Clinical lectures on childhood psychiatry]. Vol. 2. (In Russian).

15. Celujko, V. M. (2004) *Psixologiya neblagopoluchnoj sem`i: Kniga dlya pedagogov i roditel'ej* [Psychology of a dysfunctional family: A book for educators and parents]. Moscow: VLADOS-PRESS. (In Russian).

16. E`jdemiller, E. G., Dobryakov, I. V. (2001) *Kliniko-psixologicheskie metody` semejnoi diagnostiki i semejnaya terapiya* [Clinical and psychological methods of family diagnosis and family therapy]. St. Petersburg. (In Russian).

Информация об авторе

Щац Игорь Константинович – доктор медицинских наук, профессор, Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID: 0000–0002–6147–7246, e-mail: ikshatz@yandex.ru

About the author

Igor K. Shats – Dr. Sci. (Med.), Full Professor, Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000–0002–6147–7246, e-mail: ikshatz@yandex.ru

Поступила в редакцию: 05.09.2023
Принята к публикации: 10.10.2023
Опубликована: 29.12.2023

Received: 05 September 2023
Accepted: 10 October 2023
Published: 29 December 2023