

РОЛЬ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

Е. Н. Дрождина, О. Б. Ковалевская, О. Ф. Серавина, Т. А. Шелепина,
Т. А. Лисицына, Н. Н. Кузьмина, Д. Ю. Вельтищев

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии
ГУ «Научно-исследовательский институт ревматологии» РАМН*

Ювенильный артрит (ЮА) – гетерогенная группа хронических воспалительных заболеваний суставов детского и подросткового возраста, включающая различные по иммуногенетическому происхождению, патогенезу и прогнозу нозологические формы, объединенные в группу по ведущему клиническому признаку – артриту, имеющему тенденцию к прогрессирующему, потенциально инвалидизирующему течению. Синонимом ЮА является утвержденный в 1997 году Всемирной лигой ревматологических ассоциаций (ILAR) термин «ювенильный идиопатический артрит» (ЮИА), который постепенно заменяет сходный по смыслу термин «ювенильный хронический артрит» (ЮХА). В качестве синонима ЮА нередко используют термин «ювенильный ревматоидный артрит» (ЮРА) [9].

ЮА – одно из наиболее частых и инвалидизирующих ревматических заболеваний у детей. Заболеваемость ЮА составляет 2–16 случаев на 100 000 детского населения в возрасте до 16 лет. В Российской Федерации первичная заболеваемость ЮА у детей до 18 лет составляет 16,2 на 100 000. ЮА больше подвержены девочки [9].

Хроническая болезнь, болевой синдром, ограничения движений, госпитализации, тяжесть лечения, вторгаясь в ситуацию детства, в ситуацию развития, безусловно, являются мощным дезадаптирующим жизнь ребенка фактором, по данным одних исследований, приводящим к развитию нарушения адаптации и, довольно часто, к депрессии [16, 21]. Данные других исследований обнаруживают отсутствие прямой связи развития депрессии с такими характеристиками заболевания, как выраженность боли, подвижность суставов и активность ЮРА [26].

Среди исследований, посвященных проблеме адаптации детей к хроническому заболеванию, наиболее информативны работы, придерживающиеся многофакторной модели адаптации, то есть учитывающие влияние особенностей клиники и динами-

ки заболевания, родительскую и семейную адаптацию, а также оценку когнитивных и аффективных показателей [5, 23, 26].

Так, в исследовании психотравмирующих факторов у детей, страдающих ЮА [4], было выявлено, что состояния эмоционального напряжения предшествовали развитию или сопутствовали ЮА в 53% от всех обследованных в сравнении с 15% здоровых. Достоверно чаще у детей с ЮА психотравмирующими являлись семейные факторы (конфликты между членами семьи, развод родителей – 32,3% детей с ЮА проживали в неполной семье, против 22,5% – в контрольной группе; длительные разлуки детей с родителями, тяжелые заболевания или смерть родственников).

Среди множества влияющих на течение ЮА факторов, психотравмирующие называют наиболее значимыми и другие исследователи. Смерть одного или обоих родителей, а также развод родителей выявлены у 28,4% детей при 10,6% в контрольной группе. Среди детей, страдающих ЮА, усыновление встречалось в три раза чаще, чем среди здоровых. При этом в 51% психотравмирующие факторы непосредственно предшествовали началу заболевания, в других случаях – наблюдались за несколько лет до начала болезни [20].

Целый ряд исследований, подтверждая роль психической травмы, показал, что дезадаптация родителей, наличие у них тревожных или депрессивных расстройств существенно сокращают возможности детей к адаптации к хроническому заболеванию и ведут к развитию депрессии независимо от влияния клинических особенностей ревматологического заболевания [15, 18, 23–25].

Особую значимость проводимые исследования приобретают в соотнесении с «эволюционной гипотезой становления здоровья и болезней», полагающей, что индивидуальные различия, в частности, возможности психологической адаптации

и уязвимости формируются в раннем детском возрасте. То есть, события раннего детского возраста имеют длительные взаимосвязанные последствия, предопределяя состояние здоровья в подростковом и взрослом возрасте [18, 19, 22]. В частности, было показано, что наличие двух и более травмирующих событий в раннем детском возрасте связано с двукратным увеличением риска развития ревматического заболевания в более старшем возрасте при сравнении с группой обследованных, не имевших детских психических травм [17].

Эпидемиологические проспективные исследования эмоциональных проблем детей с ревматологической патологией весьма немногочисленны и разноречивы, но все они, безусловно, подтверждают наличие сопряженной связи между двумя системами: аутоиммунной и психической. В то же время, характер, структура, детерминационные и динамические особенности взаимоотношений данных систем остаются неясными.

Многосложность самой проблематики, отсутствие комплементарной методологии исследования, трудности междисциплинарных диалогов (ревматология, психиатрия, психология, возрастная психология, семейная психология, психотерапия), отсутствие моделей такого рода взаимодействий – все это существенно осложняет анализ и не позволяет прийти к методологическим обобщениям, нужду в которых остро испытывает ревматологическая практика.

Названные выше сложности не должны приводить к упрощенной фрагментации изучаемых проблем. Они, напротив, должны способствовать поиску и разработке верной топике и перспективы ведения комплексного, междисциплинарного исследования изучаемого полисистемного пространства. Психологическое исследование может стать здесь «ключом», ориентирующим в бесчисленном множестве рассматриваемых аспектов.

Исследование проводилось на базе детского отделения НИИР РАМН в рамках договора о научном сотрудничестве между ФГУ МНИИП МЗСР и ГУ НИИР РАМН.

Цель настоящего исследования заключалась в установлении частоты и вариантов психических травм, выявлении специфики восприятия психотравмирующих факторов и особенностей реагирования в зависимости от типа аффективности детей, страдающих ЮА.

Характеристика больных и методов исследования

В исследование включено 95 пациентов детского отделения НИИР РАМН с различными вариантами ЮА: 23 – системным, 36 – полиартикулярным, 36 – олигоартикулярным вариантом. Средний возраст пациентов – 12,7±2,4 лет (от 9 до 15), средняя длительность заболевания – 5,3±3,8 лет (от 5 до 14).

Девочки составили 69% от всех обследованных. Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) получали 86% пациентов, глюкокортикоиды (ГК) системно – 38%, БПВП в сочетании с ГК (системно или внутрисуставно) – 68% пациентов. Среди обследованных детей 30% находилось на домашнем обучении.

Психологическое обследование проводилось при удовлетворительном самочувствии пациента, согласия его, родителей и лечащего врача. Существенно осложнила проведение исследования полная неготовность и немотивированность родителей подростков к совместной работе с психологом.

При проведении клинико-психологического обследования использовались следующие методики:

1) психологический анализ анамнестических сведений по материалам медицинской документации и бесед с лечащими врачами.

2) методики, направленные на установление психических травм:

- полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей [12];

- проективная методика «Рисунок семьи» [10, 11].

3) методики, направленные на изучение индивидуально-психологических особенностей подростков с определением индивидуального типа аффективности в соответствии с разработанными критериями [3]:

- методика «Пиктограмма» [10, 13];

- проективный метод «Незавершенные предложения» [10, 11].

Результаты исследования

Проведенное исследование показало, что из 95-ти обследованных детей и подростков, страдающих ЮА, 77 больных (81%) испытывали воздействие психотравмирующих событий. Выявленная частота встречаемости значительно превышает показатели, отмеченные в результатах других исследований [4] (табл. 1).

Из 77 детей, перенесших психические травмы, у 11 больных (14%) психотравмирующие события совпадали по времени с дебютом заболевания ЮА; у 26 больных (34%) психотравмирующие воздействия наблюдались за один-два года до начала заболевания ЮА; у 22 больных (29%) установлено наличие ранней детской депривации (материнской) – 8–14 лет до начала заболевания; у 18 больных (23%) выявлены психотравмы на фоне текущего ЮА.

Таблица 1

Частота встречаемости психотравмирующих факторов у детей и подростков, страдающих ЮА

| Данные исследования | Данные литературы | |
|---------------------|-------------------|---------------|
| | Дети с ЮА | Здоровые дети |
| 81% | 53% | 15% |

Следует отметить некоторые особенности психотравмирующих факторов у детей, страдающих ЮА. Во-первых, в отдельных случаях наблюдалось наличие некоего эффекта «накопления дистресса» – ситуации, когда провокацией расстройства адаптации и/или обострения ЮА становилось стрессовое обстоятельство, незначительное по силе, но ставшее по своей природе «аллергичным» в жизни данного больного. Очевидно, что без реконструкции всей стрессовой истории подобные ситуации ускользают от статистического рассмотрения. Аналогичные же трудности верификации встречаются и при анализе деприваций.

Термин «депривация» означает лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей. Традиционно психология рассматривает разные виды деприваций – пищевую, двигательную, сенсорную (стимульную), материнскую (эмоциональную), материальную (отцовскую), социальную (депривацию идентичности), интеллектуальную (когнитивную, информационную) [1]. Помимо видов, психология отмечает различные формы протекания деприваций – относительную и абсолютную депривацию, а также явную и скрытую (маскированную) депривацию.

В нашем исследовании выявлены случаи явной материнской депривации в раннем детском возрасте (т.е. случаи с подтвержденным в анамнезе наличием эпизода/ов длительной физической разлуки матери с ребенком в возрасте от 1 года до 3-х лет). Категориальный аппарат для ретроспективной диагностики других видов деприваций и, в особенности, деприваций, протекающих в скрытой форме, недостаточно разработан в психологии. Можно утверждать, что полученные данные относительно частоты встречаемости психических травм неокончательны и несколько отстают от реального положения дел.

По характеру психотравмирующих факторов все выявленные в ходе исследования психические травмы можно отнести к группам семейных, социальных, а также их различных сочетаний (табл. 2).

Безусловно, наиболее значимыми в детском возрасте являются именно семейные стрессовые факторы (40%). Достаточную значимость имеют и социальные факторы, особенно у подростков (17%). Но особо отметим, что у детей и подрост-

ков, страдающих ЮА, часто наблюдаются случаи одновременного или последовательного сочетания нескольких (2-х, 3-х и более) психотравмирующих обстоятельств жизни (43%).

Тот факт, что исследования, посвященные тем или иным проблемам детей, страдающих хроническим ревматическим заболеванием, дают зачастую трудно сопоставимые между собой результаты, что объясняется, вероятно, различиями методологий проведения самих исследований.

Так, безусловно, общим для всех исследований является учет факторов, которые привносит в жизнь ребенка само заболевание ЮА. Это целый ряд следствий: спектр двигательных нарушений (от ограничения движений до физической беспомощности в период осложнений), повышенная раздражительность на фоне болевого синдрома, фон невротизации, связанный с медицинскими манипуляциями, переживания по поводу изменений внешности (обусловленных болезнью и лечением) и пр. Сопутствующими изменениями в социальной жизни ребенка являются частые госпитализации, нередкое обучение на дому, низкая толерантность детского и учительского сообщества к детям с ограниченными возможностями здоровья, сужение пространства общения со сверстниками и прочее.

Все вышеперечисленные факторы действительно оказывают влияние на психологическое развитие ребенка, существенно утяжеляя решение возрастных задач (задач разных на разных возрастных этапах), а также, в целом, обостряя восприятие других психотравмирующих факторов.

По данным нашего исследования, сама болезнь ЮА и ее следствия прозвучали в качестве единственной психической травмы, повлекшей за собой психическую дезадаптацию, только у 5 пациентов (6% случаев).

В изучении специфики восприятия и особенностей реагирования детей и подростков с ЮА на психотравмирующие факторы использована модель «ядерного» аффекта как способа восприятия и реагирования [3, 7, 8] с выделением типов аффективности. Следует отметить, что термин «аффективность» исходит, в частности, из работ в области психопатологии и медицинской психологии [2, 6] и предложен в МКБ-10 для определения базовых нарушений при расстройствах личности.

Опираясь на модель ядерного аффекта, можно предположить, что любая однородная по соматической и психопатологической нозологии выборка – неоднородна по типу аффективности. Действительно, в результате психологической диагностики группы из 95 детей и подростков с ЮА было выделено 3 группы: тревожный тип аффективности – 27 пациентов (28%), апатический тип аффективности – 60 пациентов (63%), тоскливый тип аффективности – 8 пациентов (9%). Следует отметить значительное преобладание апатического типа аффек-

Таблица 2

Варианты психотравмирующих факторов у детей, страдающих ЮА

| Психотравмирующие факторы | N | % |
|--------------------------------|----|----|
| Семейные факторы | 31 | 40 |
| Социальные факторы | 13 | 17 |
| Сочетание нескольких факторов: | 24 | 31 |
| 2-х | 9 | 12 |
| 3-х и более | | |



Рис. 1. Тип аффективности у детей и подростков с ЮА

тивности среди детей и подростков, страдающих ЮА, что соответствует особенностям аффективности, выявленным у взрослых больных, страдающих ревматическими заболеваниями [3, 5] (рис.1).

Дальнейший анализ специфики восприятия психотравмирующих факторов и особенностей реагирования проводился на основании выделенных групп. Основные результаты представлены в табл. 3.

В группе детей с тревожным типом аффективности (27 пациентов, из которых у 17 выявлены психические травмы) реакцией на психотравму являются:

- развитие депрессивного варианта расстройств адаптации в 47%,
- развитие тревожного варианта расстройств адаптации – в 35%,
- скомпенсированное состояние в 18% случаев.

В 12% случаев психическая травма совпала по времени с дебютом ЮА.

В 18% случаев – психотравмирующее воздействие наблюдалось за 1–2 года до дебюта ЮА.

Депрессивному варианту расстройств адаптации в группе детей тревожного типа аффективности предшествовали:

- хроническая семейная стрессовая ситуация – 63%;
- депривация и хронический семейный конфликт – 25%;
- депривация и социальный стресс – 12%.

Тревожному варианту расстройств адаптации предшествовали:

- хроническая семейная стрессовая ситуация – 17%;
- депривация и хронический семейный конфликт – 17%;
- смерть одного из родителей (и длящееся горе другого родителя) – 17%;

Таблица.3

Психотравмирующие факторы и их восприятие в зависимости от типа аффективности

| Результаты исследования | Тревожная аффективность | | Тоскливая аффективность | | Апатическая аффективность | |
|---|-------------------------|------|-------------------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Число детей с психотравмами | 17 | 63 | 7 | 87 | 53 | 88 |
| Депрессивный вариант расстройств адаптации | 8 | 47 | 5 | 71 | 11 | 21 |
| Тревожный вариант расстройств адаптации | 6 | 35 * | - | - * | 34 | 64 * |
| Скомпенсированные состояния при выявленных психотравмах | 3 | 18 | 2 | 29 | 8 | 15 |
| Число психотравм за 1–2 года до дебюта ЮА | 3 | 18 | 6 | 86 * | 17 | 32 |
| Психотравма совпадает по времени с дебютом ЮА | 2 | 12 | - | - | 9 | 17 |
| Число выявленных деприваций | 6 | 35 | - | - | 16 | 30 |
| Возраст начала заболевания ЮА: | | | | | | |
| младенчество (0–1) | 1 | | - | | 8 | |
| раннее детство (1–3) | 7 | | - | | 14 | |
| дошкольное детство (3–7) | 10 | | 1 | | 11 | |
| младший школьный возраст (7–10) | 8 | | 3 | | 9 | |
| препубертат (10–12) | - | | - | | 10 | |
| пубертат (13–14) | 1 | | 4 | | 8 | |

Примечания: * – $p < 0,05$.

- ситуация длительной госпитализации – 17%;
- депривация (без последующих психотравмирующих событий) – 33%. Пик заболеваемости у данной группы детей пришелся на раннее и дошкольное детство, а также младший школьный возраст (от 1 года до 10 лет).

Дети с тоскливым типом аффективности (8 пациентов, из которых у 7 выявлены психотравмы) – данная группа оказалась наиболее трудной для сбора данных. Пациенты чрезвычайно лаконичны в высказываниях, не говорили о прошлом, терпеливо переносили болезнь, односложно предъявляли жалобы. При этом у большинства детей (71%) выявлен депрессивный вариант расстройств адаптации.

Среди психических травм, предшествующих депрессивному варианту расстройств адаптации, в 40% случаев выявлен школьный конфликт. И хотя данный стрессовый фактор относят к факторам социального характера, отметим, что дети с тоскливым типом аффективности при этом оказываются центрированы на разных аспектах межличностных отношений – предательства, унижения, измена, дружба, любовь, разлука, справедливость, вера, недоверие, непонимание и прочее. В 40% случаев психотравмирующим фактором стала смерть близкого человека (одного из родителей) и в 20% – развод родителей.

В данной группе не было выявлено тревожного варианта расстройств адаптации. Скомпенсированное состояние при наличии психической травмы наблюдалось в 29% случаев. В 86% случаев психотравмирующее событие наблюдалось за 1–2 года до дебюта ЮА. Психических травм, совпавших по времени с дебютом ЮА, не выявлено. Наибольшая доля заболевших ЮА приходилась на пубертат (13–14 лет) и на младший школьный возраст (7–10 лет).

В группе детей с апатическим типом аффективности (60 пациентов, из которых у 53 выявлены психические травмы) диагностированы:

- депрессивный вариант расстройств адаптации в 21% случаев,
- тревожный вариант расстройств адаптации в 64%,
- скомпенсированное состояние в 15%.

В 32% психическая травма наблюдалась за 1–2 года до дебюта ЮА, в 17% – совпадала по времени с дебютом ЮА.

Депрессивному варианту расстройств адаптации в данной группе предшествовали, в наибольшем числе случаев, сочетание факторов депривации и семейного конфликта (как правило, осумкованного во времени) – 36%, а также сочетание множества психотравм, таких как:

- смерть близких и хронический семейный и социальный стрессовый фактор – 18%,
- депривация, смерть близких и семейный стрессовый фактор – 9%,
- развод и социальный стрессовый фактор – 9%,
- смерть близких и развод – 9%.

Кроме того, выявлены единичные стрессовые факторы, провоцирующие депрессивный вариант расстройства адаптации: депривация (9%) и угроза безопасности (9%).

Среди психических травм, предшествующих тревожному варианту расстройств адаптации, в данной группе заметно преобладают:

- развод – 18%,
- смерть близких – 14%,
- сочетание депривации и семейного конфликта – 11%.

Следующее место по значимости занимают:

- школьные конфликты (как правило, переходы из школы в школу с изменением социального или интеллектуального уровня) – 9%,
- болезнь (воспринимаемая детьми как помеха, препятствие, ограничения) – 9%.

Другие факторы, предшествующие тревожному варианту, в основном, сочетанные: депривация и развод (6%), депривация и социальный и семейный стрессы (6%), семейный и школьный конфликт (6%), смерть близких и развод (6%), семейный конфликт (3%), депривация и болезнь (3%).

Для данной группы детей не приходится говорить о пике заболеваемости – в каждом возрастном периоде высокие цифры, но отметим большое число дебютов ЮА в младенчестве (до 1 года).

Таким образом, на уровне анализа характера психотравмирующих факторов выявлены определенные тенденции в различиях между группами детей с разным типом аффективности. Так, наиболее декомпенсирующими для группы детей тревожного типа аффективности являлись длительные психотравмирующие факторы (ситуации хронического семейного стресса), в то время как для детей апатического типа более травматичны оказались факторы, нарушающие устойчивые в их жизни системы, и факторы, препятствующие осуществлению намеченных действий. Для детей с тоскливым типом аффективности особо травматичны нарушения в сфере межличностных отношений.

Анализ результатов клинико-психологической диагностики позволяет выявить психологические особенности нарушений, которые обеспечивают дезадаптацию детей с разным типом аффективности.

Дети с апатическим типом, в первую очередь, утрачивают способность успешно действовать. На клинико-психологическом уровне у них оказываются нарушенными операции планирования и целеполагания.

У детей с тревожным типом нарушается селективная функция, обеспечивающая дифференцированное восприятие окружающего (строга, порядка). На клинико-психологическом уровне это звучит в проявлениях возбуждения, ажитации, дисфории, или, напротив, скудости и обедненности.

Дети тоскливого типа становятся неспособны к установлению нормальных личностных отношений

за счет сужения спектра чувственного восприятия. На клинико-психологическом уровне наблюдаются ригидность мыслительных актов, фиксации, навязчивости.

Отметим также, что в группах детей с тревожным и тоскливым типом аффективности в большинстве случаев наблюдалось сильное декомпенсирующее действие единичных психических травм. В то время как в группе детей с апатической аффективностью, декомпенсирующим являлось сочетание нескольких психотравмирующих факторов. При этом в первом случае чаще наблюдалось депрессивное реагирование ($p=0,06$; $p<0,001$), а во втором – тревожный вариант расстройств адаптации ($p=0,016$).

Для всех групп детей существенной декомпенсирующей травмой, безусловно, являлась депривация, которая либо сама провоцировала серьезные нарушения, либо приводила к снижению общих адаптационных сил, делая ребенка более уязвимым перед лицом последующих психотравмирующих событий.

На основании анализа полученных результатов можно выделить основные направления коррекционной и психотерапевтической помощи для детей с различным типом аффективности.

Для пациентов с апатическим типом необходима психотерапия, ориентирующая ребенка на постановку цели и достижение результата, элементы когнитивных тренингов. Для пациентов с тревожной аффективностью – противотревожная психоте-

рапия, организация стабильного семейного и социального пространства. Для пациентов с тоскливым типом аффективности – этическое осмысление происходящих событий, выстраивание референтного пространства.

Заключение

Полученные результаты, отражающие высокую частоту встречаемости психотравмирующих факторов у детей, страдающих ЮА, определяют необходимость решения следующих задач:

- необходимость психологической диагностики типа аффективности и психического состояния не только ребенка, но и его родителей, с последующим проведением психотерапевтической работы;
- разработка схем психолого-психиатрического ведения этих пациентов, учитывающего специфику соматической детской клиники и тяжесть основного ревматического заболевания;
- изучение динамической структуры взаимовлияний психических и соматических факторов;
- исследование проблемы скрытых вариантов деприваций.

Таким образом, не вызывает сомнений необходимость дальнейшего проведения междисциплинарного изучения данной проблемы с целью разработки эффективных тактик совместного (ревматолог, психиатр, психолог) ведения детей, страдающих ЮА и другими воспалительными ревматическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеенкова Е.Г. Личность в условиях психической депривации. СПб.: Питер, 2009.
2. Блейлер Е. Руководство по психиатрии (1920). Берлин: Врач, репринтное издание НПА, 1993. 542 с.
3. Вельтишев Д.Ю., Марченко А.С., Серавина О.Ф. и соавт. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике // Психиатр. Психофармакотер. 2009. № 5. С. 17–22.
4. Джос Ю.С., Сидоров П.И., Макарова В.И., Бабикина И.В. Психосоциальные особенности и психологическая реабилитация детей с ювенильным хроническим артритом. Архангельск, 2002. 30 с.
5. Зельгын А.Е., Фофанова Ю.С., Лисицына Т.А. и соавт. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 2. С. 69–76.
6. Кречмер Э. Медицинская психология (1922). М.: Союз, 1998. 464 с.
7. Лызлов А.В., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. Аффективность как структурообразующая основа антропологических пространств: философия, психология, психиатрия // Вопросы психологии. 2010. № 3. С. 65–75.
8. Лызлов А.В., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. Феноменология восприятия и аффективность // Вопросы психологии. 2011. № 2 (в печати).
9. Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. 231 с.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики в патопсихологии и опыт применения их в клинике. М., 2004.
11. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М., 1980.
12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2007.
13. Херсонский Б.Г. Психодиагностика мышления. Одесса, 2003.
14. Cassidy J.M., Petty R.E. The textbook of pediatric rheumatology (4th edn). Philadelphia: Saunders, 2001.
15. Cleveland S.E., Reizman E.E., Brewer E.J. Psychological factors in juvenile rheumatoid arthritis // Arth. Rheumat. 2009. Vol. 8, N 6. P. 1152–1158.
16. David J., Cooper C., Hickey L. et al. The functional and psychological outcomes of juvenile chronic arthritis in young adulthood // Br. J. Rheumat. 1994. Vol. 33. P. 876–881.
17. Dube S.R., Fairweather D., Pearson W.S. et al. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults // Psychosom. Med. 2009. Vol. 71. P. 243–250.
18. Gillman M.W. Developmental origins of health and disease // N. Eng. J. Med. 2005. Vol. 353, N 17. P. 1848–1850.
19. Gluckman P.D., Hanson M.A. The developmental origins of health and disease: an overview // Developmental origins of health and disease. Gluckman Hanson, Cambridge Univ. Press, 2006. P. 1–5.
20. Henoeh M.J., Batson J., Baum J. Psychosocial factors in juvenile rheumatoid arthritis // Arth. Rheumat. 2009. Vol. 21, N 2. P. 229–233.
21. Noll R.B., Kozlowski K., Gerhardt C. et al. Social, emotional and behavioral functioning of children with juvenile rheumatoid arthritis // Arth. Rheumat. 2000. Vol. 43. P. 1387–1396.
22. Raikonen K., Pesonen A. Early life origins of psychological development of mental health // Scand. J. Psychol. 2009. Vol. 50, N 6. P. 583–591.
23. Thompson R.J., Gustafson K.E. Adaptation to chronic childhood illness. Washington: Am. Psychol. Assoc., 1996.
24. Von Weiss R.T., Rapoff M.A., Varni J.W. et al. Daily hassles and social support as predictors of adjustment in children with pediatric rheumatic disease // J. Pediatr. Psychol. 2002. Vol. 27. P. 155–165.
25. Wagner J.L., Chaney J.M., Hommel K.A. et al. The influence of parental distress on child depressive symptoms in juvenile rheumatic diseases. The moderating effect of illness intrusiveness // J. Pediatr. Psychol. 2003. Vol. 28, N 7. P. 453–462.
26. Wallander J.L., Varni J.W. Cognitive-behavioral pain management in children with juvenile rheumatoid arthritis // Pediatrics. 1992. Vol. 89. P. 1075–1079.

РОЛЬ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

Е. Н. Дрождина, О. Б. Ковалевская, О. Ф. Серавина, Т. А. Шелепина, Т. А. Лисицына, Н. Н. Кузьмина,
Д. Ю. Вельтищев

В статье приводятся результаты исследования роли психотравмирующих факторов и типа аффективности при ювенильном артрите. Показано существенное значение этих факторов в развитии расстройств адаптации, чрезвычайно распространенных среди детей и подростков, страдающих ювенильным артритом. На основании полученных ре-

зультатов предлагаются основные направления психотерапевтической коррекции расстройств адаптации при ювенильном артрите.

Ключевые слова: ювенильный артрит, психотравмирующие факторы, депривация, аффективность, депрессия, расстройства адаптации.

THE ROLE OF TRAUMATIC FACTORS IN MALADJUSTMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH JUVENILE ARTHRITIS

E. N. Drozhdina, O. B. Kovalevskaya, O. F. Seravina, T. A. Shelepina, T. A. Lisitsina, N. N. Kouzmina,
D. Yu. Veltischev

This article reports the results of an investigation concerning the role of traumatic factors and the type of affectivity in juvenile arthritis. The authors show a significant role of these factors in the development of the adjustment disorder that is quite common among children and adolescents with juvenile arthritis. On the basis of their findings, the researchers

suggest principal directions for psychotherapeutic correction of adjustment disorders in juvenile arthritis.

Key words: juvenile arthritis, traumatic factors, deprivation, affectivity, depression, adjustment disorders.

Дрождина Елена Николаевна – научный сотрудник, отделение стрессовых расстройств ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: rastem-vmeste@mail.ru

Ковалевская Оксана Борисовна – научный сотрудник, отделение стрессовых расстройств ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: kovalevskob@mail.ru

Серавина Ольга Феликсовна – научный сотрудник, отделение стрессовых расстройств, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Шелепина Татьяна Андреевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория ревматических заболеваний детского возраста, НИИР РАМН

Лисицына Татьяна Андреевна – кандидат медицинских наук, лаборатория системных ревматических заболеваний, НИИР РАМН; e-mail: talisitsyna@rambler.ru

Кузьмина Нина Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, зав. лаборатории ревматических заболеваний детского возраста, НИИР РАМН

Вельтищев Дмитрий Юрьевич – доктор медицинских наук, руководитель отделения стрессовых расстройств, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: dveltishchev@gmail.com