

9. O'Connor R.C. The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review // *Suicide Life-Threatening Behav.* 2007. Vol. 37, N 6. P. 698–714.

10. Rice K., Preusser K. The Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale (Statistical data included) // *Measurement Evaluation Counseling Development.* 2002. Vol. 35, N 1. P. 35–48

### **Соматическое и когнитивно-аффективное проявление депрессий в семьях, имеющих детей с хроническими заболеваниями.**

*Капишай О.В.*

*УО «Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

Психологи относят семьи, в которых есть больной ребенок с хроническим заболеванием, к проблемным семьям [11, с. 120]. Рождение больного ребенка, болезнь ранее здорового ребенка может выступить провоцирующим фактором, который нарушает привычное функционирование семьи и в конечном итоге приводит к изменению ее структуры. Изменения часто выражается в распаде семьи, когда отец, не выдержав нервно-психической и физической нагрузки, возникающей в связи с особым уходом и воспитанием ребенка с заболеванием, уходит из семьи. Однако болезнь ребенка может выступать и стабилизирующим семейную систему фактором, поскольку супруги не позволяют себе выяснять отношения, предъявлять друг другу претензии в присутствии больного ребенка, испытывают взаимное сочувствие друг к другу и к общему ребенку. Семья с больным ребенком превращается в проблемную в том случае, когда болезнь становится единственным стабилизатором, сохраняющим брак. Внутренние реальные проблемы членов семьи будут маскироваться преувеличенной заботой о ребенке [10]. Накопившееся, но тщательно скрываемое эмоциональное раздражение и физическая усталость родителей могут приобретать неожиданные формы проявления. Это и скандалы на пустом месте, и супружеские измены, и нахождение утешения в увлечении околонуучными и религиозными учениями. Одним из распространенных последствий такого напряжения становится депрессия. Семья, имеющая ребенка с ограниченными возможностями здоровья (с психически и соматически больным ребенком), не обязательно попадает в разряд «проблемных семей», не способных конструктивно решать задачи развития. Однако рождение больного ребенка может быть сокрушительным фактором, который нарушает привычную жизнедеятельность семьи и в конечном итоге приводит к изменениям ее структуры. Именно в этом случае психологическая помощь семье в рамках психологического сопровождения становится наиболее актуальной. Выделим основные характеристики такой

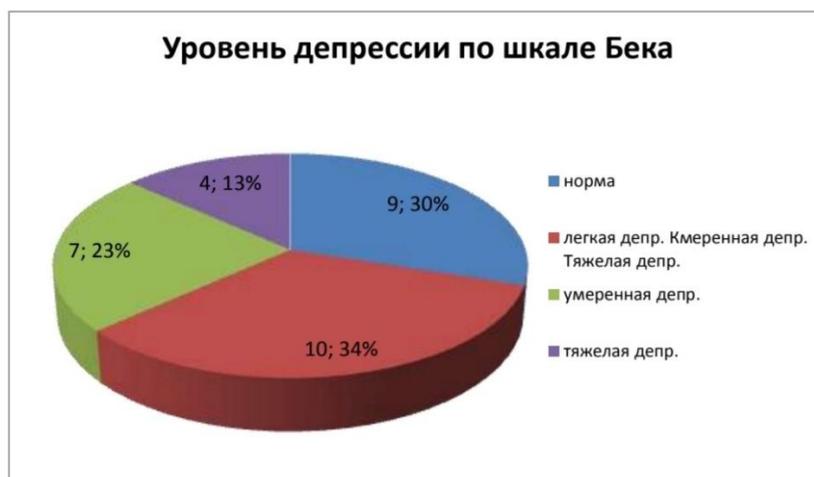
семьи. Семья с больным ребенком может рассматриваться как проблемная при нарушениях отношений между здоровым и больным ребенком, вызванных рядом ограничений жизнедеятельности и эмоциональным принятием дефекта [20]. Д.Н. Исаев, изучавший семьи, имеющие в своем составе физически или психически неполноценного человека, подчеркивает, что физическая и психическая неполноценность может оказывать неблагоприятное воздействие как на общее самочувствие членов семьи, так и на всю систему взаимоотношений в целом. Семья с больным ребенком становится проблемной (в первую очередь для ребенка) в связи с отношением родителей к ребенку, имеющему дефект психологического или соматического характера. Традиционно выделяется несколько типов реакции родителей и соответствующего им поведения: принятие ребенка и его заболевания, отрицание заболевания, преувеличение заболевания, скрытое эмоциональное отвержение, компенсируемое педантичным формальным выполнением функциональных родительских обязанностей, открытое отречение [10, с. 121]. Следует отметить, что появление в семье больного всегда изменяет структуру отношений.

Итак, одним из последствий перенапряжения в семье с больным ребенком становится развитие депрессивных состояний у членов семьи, в том числе у родителей больного ребенка. Депрессия может провоцировать соматическое заболевание (например, ишемическую болезнь сердца), являться фактором, ухудшающим прогноз таких заболеваний, как паркинсонизм, диабет, злокачественные новообразования и др. Клинически описанная депрессия у соматических больных чаще приводит к инвалидизации, чем отдельно взятое клиническое заболевание. Депрессия так же повышает риск летального исхода соматического заболевания. Наряду с повышением летальности от телесного недуга причиной смерти больных, у которых соматическое заболевание сопровождается депрессией, часто становится самоубийство, причем суицидальный риск выше, чем в случаях «неосложненной» депрессии [5]. Депрессия у многих ассоциируется с унылым настроением, печалью и нежеланием что-либо делать. Но случается, что эмоциональное состояние человека удерживает, опираясь на свои сильные волевые качества, и тогда болезнь «маскируется» через телесные симптомы. Соматическая, или, точнее – соматизированная депрессия – это психическое заболевание, при котором основные симптомы болезни скрыты под маской стойких телесных проявлений. Такой вид депрессии еще называют маскированной или скрытой. Человек годами страдает от болей в теле, жалуется на дискомфорт в разных органах. Он проходит множество обследований, но врачи разводят руками. По результатам анализов отклонений, которые бы объясняли бы предъявляемые жалобы, не

выявляется. В таких случаях грамотный терапевт или врач-специалист рекомендует обратиться к врачу-психотерапевту, психиатру, так как под всевозможными болями и дискомфортом может скрываться соматический синдром депрессии. Нередко он выступает как сопутствующий синдром при другой соматической патологии. Но у скрытой депрессии они идеально маскируются под другие патологические проявления. Человек уверен, что его пониженное настроение связано с неизвестной болезнью, тревога о здоровье — логически понятна и именно соматическая болезнь вызывает у него слабость и утомляемость, апатию, а вовсе не психическое расстройство, не депрессия.

К соматическим симптомам депрессии относятся: 1. Хроническая боль — частый спутник такого состояния. 2. Нарушение аппетита — сопровождается сильной потерей или набором массы тела. Может выражаться как в анорексичном поведении, так и в переедании. 3. Расстройства сна являются важным симптомом, который сигнализирует об истощении нервной систем. 4. Астенический синдром — этот симптом связан с повышенной утомляемостью, постоянной усталостью, снижением работоспособности. В семьях с детьми, имеющими хронические заболевания, клиническая картина соматической депрессивной реакции может характеризоваться, например, снижением настроения до уровня депрессии легкой степени, плаксивости, периодически возникавшими ощущениями печали, подавленности, уныния. По мере купирования депрессивной симптоматики к родителям возвращается убеждение в необходимости проведения реабилитационных мероприятий с ребенком, исчезают пессимистические мысли в отношении будущего, появляется надежда на улучшение сложившейся ситуации.

Когнитивную депрессию в отечественной психологии часто считают как «аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения». Но часто переживания сильно преувеличены и это отражается на личных качествах и компетентности человека в различных моментах. Аарон Бек предположил, что проблемы у людей главным образом происходят из «неких искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях»



Распределение родителей в семьях имеющих детей с хроническими заболеваниями, по уровню проявления депрессии по шкале Бека.

Из диаграммы представленной выше мы видим, что ситуация с выраженностью признаков депрессии по шкале Бека в группе родителей. В норме выраженность этих признаков только у трети испытуемых. Легкая степень депрессии присутствует более чем у трети родителей, имеющих детей с хроническими заболеваниями. Четверть родителей второй группы обнаруживают признаки умеренной депрессии, а у 13 % (4 человека) выявлены признаки тяжелой депрессии, которая требует обязательного лечения.

Когнитивно-аффективные проявления при депрессии можно описать так: а) негативное представление о себе; б) неблагоприятный взгляд на мир; в) негативное восприятие своего будущего. Депрессивный человек убежден, что его трудности непреодолимы. Когнитивно-аффективный тип депрессии проявляется в ряде мотивационных, поведенческих, физических симптомов, расстройствах сна, питания, снижении социальных навыков. Родители с когнитивно-аффективным типом депрессии больше сосредотачиваются на проблеме, их стрессовые реакции длительнее и интенсивнее, они дольше находятся под воздействием последствий стресса, психотравмирующая ситуация оказывают на них угнетающее воздействие, повергая в пессимизм или панику (реже). На фоне нарастающей тревожности снижается уверенность в возможности изменения ситуации, собственных силах. В ряде случаев отмечают появление чувства тревоги, беспокойства в ситуациях, которые раньше не заставляли их волноваться. Могут отмечаться вспышки «нервозности» и раздражительности. Отмечаются снижение возможности восприятия позитивных моментов действительности, межличностные отношения принимают оттенок пассивности и холодности. Женщины в состоянии продолжительной депрессивной реакции адаптации не всегда могут адекватно заботиться о своем ребенке в силу болезненных переживаний. Пессимистический настрой матери передается ребенку. Эмоциональная

отрешенность матери, являющееся неизбежным следствием переживаемого депрессивного расстройства, становится депривационным фактором для ребенка. Кроме того, когнитивно-поведенческая терапия ставит перед собой цель научить человека быть психотерапевтом самому себе. А значит после завершения курса психотерапии в когнитивно-поведенческом направлении, клиент в случае снижения настроения или при подозрении на развитие рецидива, может возвращаться к записям сделанным во время терапии и применять использованные в работе с психотерапевтом техники даже самостоятельно для решения своих проблем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Архипова Н. А.* Когнитивная модель депрессии [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/kognitivnaya-model-depressii/> (дата доступа : 12.03.2021)
2. *Ганзин И. В.* Психиатрия. Руководство для студентов психологических вузов: монография. Симферополь: Таврия, 2013. 380 с.
3. *Гулин К. А.* К вопросу о социальных предпосылках депрессивных расстройств [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-sotsialnyh-predposylkah-depressivnyhrasstroystv> (дата доступа : 14.03.2021)
4. *Даутова К. А.* Проблема семей, имеющих детей-инвалидов [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-semey-imeyuschih-detey-invalidov> (дата доступа: 20.04.2021.)
5. Диагностика профессионального становления личности: учеб.-метод. пособие / сост. Я.С. Сунцова, О.В. Кожевникова. Часть 3. Ижевск: Издательство «Удмуртский университет», 2012. 144 с. С. 18–21
6. *Дубницкая Э. Б.* Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия 2000. Т. 2. № 2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/00\\_02/40.shtm](http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/00_02/40.shtm) (дата обращения: 18.05.2021)
7. *Исаев Д. Н.* Психопатология детского возраста. СПб.: СпецЛит, 2001. 463 с. 26.
8. *Устинова Н. В.* Расстройства депрессивного спектра у матерей детей-инвалидов [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rasstroystva-depressivnogo-spektra-u-materey-detey-invalidov> (дата доступа : 11.03.2021)

### **История становления проблемы агрессии и насилия над детьми в психологии**

*Койтыш А.А., Приходько Е.В.*  
*УО «Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины»*  
*г. Гомель, Республика Беларусь*

Проблема насилия над детьми охватывает всю историю развития человечества. Однако сейчас, в 21 веке, этой теме уделяется больше внимания. Данное явление встречается не только в странах, где существуют такие