Часто болеющие дети: не только медицинская, но и психолого–педагогическая проблема

Романцов М. Г.[1], Мельникова И. Ю.[2]

[1]Романцов Михаил Григорьевич / Romantsov Mihail Grigorevich - доктор медицинских наук, кандидат педагогических наук, профессор,
кафедра педиатрии и детской кардиологии,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,
кафедра естественно-научных дисциплин и физической культуры,
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования Калининградской области
Педагогический институт, г. Черняховск;
[2]Мельникова Ирина Юрьевна / Melnikova Irina Yuryevna - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой,
кафедра педиатрии и детской кардиологии,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова; г. Санкт-Петербург

Аннотация: *представлена медицинская и социальная значимость проблемы. Описаны характеристика группы, аномалии конституции, неврологические и вегетативные нарушения, факторы, влияющие на повторную заболеваемость часто болеющих детей. Психологические изменения у часто болеющих детей проявляются эмоциональной беспокойностью, тревожностью, наличием депрессивных реакций, снижением познавательной деятельности, умственной работоспособности, внимания, изменением межличностного взаимодействия. Внедрение корреляционных реабилитационных программ в образовательные учреждения способствует повышению адаптации часто и длительно болеющих детей.*

Abstract: *submitted by medical and social significance of the problem. It describes the characteristics of the group, the constitution abnormalities, neurological and autonomic disorders, the factors affecting the incidence of re-sickly children. Psychological changes in sickly children show emotional restlessness, anxiety, the presence of depressive reactions, a decrease in cognitive activity, mental performance, attention, changes in interpersonal interactions. Implementation correlation rehabilitation programs in educational institutions contributes to the adaptation frequently and chronically ill children.*

Ключевые слова: *часто болеющие дети, факторы, влияющие на повторную заболеваемость; неврологические, вегетативные нарушения, ограничение игровой деятельности, снижение работоспособности, внимания, агрессия, тревожность, адаптация.*

Keywords: *sickly children, factors affecting the incidence of re-; neurological, vegetative disorders; limit gaming activities, decreased performance, attention, aggression, anxiety, adaptation.*

УДК 616-053.2

Одним из наиболее важных вопросов педиатрии является профилактика заболеваний у часто болеющих детей (ЧБД) и их оздоровление, так как ЧБД имеют высокий удельный вес среди детского населения, отличаются отклонениями в показателях функционального состояния организма, отставанием в физическом развитии и возникновением высокого риска «хронизации» патологического процесса. Проблема сохраняет и социальную значимость, снижает качество жизни ребенка за счет социальной дезадаптации, ограничения общения со сверстниками, за счет формирования педагогических проблем (снижение успеваемости, отставание от учебной программы), появления психологических изменений с нарушением психологического климата в семье [1, 2].

Ребенка правомерно отнести в группу часто болеющих детей в тех случаях, когда повышенная заболеваемость вирусными и вирусно-бактериальными респираторными инфекциями не связана с врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями [3].

Доля ЧБД колеблется от 6 до 34% среди всех детей. Частота ЧБД в детской популяции большинства стран мира находится на уровне 6-25%. Важно, что она не меняется на протяжении 30 лет наблюдения [4].

Детей, перенесших от 4-х до 12 заболеваний в год, с периодическими повторными острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), относят к группе часто и длительно болеющих. С группой часто и длительно болеющих детей связывают детей II-й группы (71-74%) здоровья. Это дети, не страдающие хроническими заболеваниями, имеющие транзиторные нарушения в защитных системах организма и высокий риск их формирования, в т.ч. и развития осложнений. Значительно реже – III-й группы (23-28%) здоровья. Дети болеют ОРЗ, в среднем 6 раз в год чаще, чем их сверстники, которые находятся в тех же

экологических условиях, посещают те же образовательные учреждения, имеют тот же режим дня и т.д. Частая заболеваемость регистрируется с 6 месяцев до 18 лет. Эпизоды ОРЗ, у детей старшего возраста, встречаются гораздо реже [5-6].

Анализ конституциональной принадлежности ЧБД выявил 52.8% детей с лимфатико-гипопластической аномалией конституции. Это малоподвижные, апатичные, с большой массой тела, выражена бледность кожных покровов, снижен мышечный тонус, увеличены лимфатические узлы, наблюдается гипертрофия небных миндалин и аденоидные вегетации. 34.2% ЧБД – аллергической и эксудативно-катаральной аномалией конституции. У этих детей частые аллергические проявления, сухость кожных покровов, эозинофилия. Лишь 13% детей – это дети с нервно-артритической аномалией. Они астенического телосложения с эмоциональной лабильностью, частой сменой настроения, раздражительностью, нарушением сна. Для ЧБД характерно неблагоприятное течение беременности и родов у матери; перинатальная ишемия и раннее искусственное вскармливание (50-67%); у 50% ЧБД – лимфатико-гипопластическя аномалия конституции; осложненное течение ОРИ - у 84.3% ЧБД [7].

При рассмотрении причин и условий развития частых ОРЗ выделяют исследователи комплекс факторов, достоверно способствующих развитию частых заболеваний. При анализе группы ЧБД выделено 15 экзо- и эндогенных факторов риска частых заболеваний, которые объединены в 3 основные группы: перинатальные, социально-гигиенические и факторы, характеризующие условия жизни ребенка. Н. Никитина выявила 19 наиболее информативных факторов риска, влияющих на формирование группы ЧБД. В. Ю. Альбицкий и А. А. Баранов выделили 27 факторов, объединив их медико-биологические факторы, характеризующие образ жизни ребенка. В факторы, характеризующие условия жизни ребенка и его семьи. Углубленные исследования состояния здоровья детей свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья подрастающего поколения и выраженном влиянии на эти процессы условий обучения и воспитания детей в образовательных организациях [8]. Нами определены 3 группы факторов (31 признак) риска повторной респираторной заболеваемости: социально-экономические и гигиенические признаки, медико-биологические и аллергические признаки [9].

ОРЗ в группе часто болеющих детей в 15 раз чаще, чем у детей группы сравнения, осложнялись поражением нижних отделов органов дыхания, синуситами, отитами, аденоидитами. Заболеваемость ЧБД в 2.5 - 5.5 раза выше, чем у редко (эпизодически) болеющих детей, в 8-11 раз чаще выявляется бронхиты, а осложненное течение ОРИ у часто болеющих детей, встречается в 2-4 раза чаще, в 2-4 раза – и заболевания желудочно-кишечного тракта, и инфекционные болезни [10].

Герпесвирусные инфекции, по данным одних авторов, редко обнаруживаются у ЧБД, а по данным другим – оказывают негативное воздействие на течение заболевания органов респираторного тракта и его исход. Существует патогенетическое различие между понятиями «герпесвирусная инфекция и заболевание», вызванное тем или иным вирусом герпеса человека. В первом случае имеется в виду латентное персистирование вируса в тропных тканях макроорганизма (эпителий слизистых оболочек ротоглотки, гениталий, слюнных желез, клетках крови и т.д.) без признаков его активной репликации и при отсутствии любых клинических проявлений заболевания. В этой ситуации ребенок не нуждается в специфическом активном лечении, а только в контроле иммунитета, для принятия решения о необходимости укрепления последнего [11-13].

Изменения в иммунном статусе детей, выявленные в группе часто и длительно болеющих детей, могут привести к реактивации семейства вирусов Herpesviridae. В структуре острых респираторных инфекций (ОРИ) у часто болеющих детей обнаружена высокая частота герпесвирусных инфекций, вызванных цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом герпеса человека 6 типа (ВГЧ-6), вирусом Эпштейн-Барра (ВЭБ). Моноинфекция наблюдается в 31.4% случаев, а сочетанные (микст-инфекции) – у 62.8% наблюдаемых детей. У большинства (94.3%) ЧБД с ОРИ отмечена реактивация герпесвируса и более чем у половины детей выявляются маркеры острой (активной) герпесвирусной инфекции. У часто болеющих детей с хронической инфекцией, вызванной вирусом Эпштейн-Барра отмечен интоксикационный, лимфопролиферативный (у 100%), церебральный (у 60,2%), гастроинтестинальный (у 47,7%), кардиальный (у 42%) и артралгический (у 31% больных) синдромы. Патология нижних отделов дыхательного тракта встречалась у 92% детей с наличием микст-инфекции, с участием вируса Эпштейн-Барра. Маркеры оппортунистических инфекций у больных повторными ОРИ, с высокой (70.2%) частотой обнаружены, а у часто и длительно болеющих детей в 53.8% случаев [13-14].

В последние годы возросло число детей с функциональными расстройствами и хроническими болезнями. В частности, дети первой группы здоровья (отсутствие функциональных и морфологических отклонений) составляют всего лишь 16,2%, второй группы (функциональные и морфологические отклонения со сниженной сопротивляемостью организма – ЧБД) – 82,2%, третью группу здоровья (хронические заболевания в стадии компенсации) составляют 1,6 % детей, В структуре заболеваний ЧБД наиболее значительными являются: заболевания ЛОР–органов (от 32% до 87,3%), органов пищеварения (от 20% до 25%), опорно- двигательного аппарата (от 18,3% до 28,7%) и болезни нервной системы (неврозы – 23%, астенический синдром – 16,4%, малая мозговая дисфункция – 9,8%, невротические

реакции – 6,5%). Заболеваемость во всех возрастных группах выше у мальчиков. Самой большой группой является группа заболеваний, связанных с органами дыхания. За последние 10 лет они составили 60 – 80% всей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет [15-16].

У 60% часто болеющих детей выявлены нарушения исходного вегетативного тонуса, изменение вегетативной реактивности – у 79.1%, дисрегуляция вегетативных процессов - у 57.3%, а изменения активности подкорковых центров у 85% наблюдаемых детей. Среди них выделены дети, с преобладанием неврологических и вегетативных нарушений. Для детей с неврологическими изменения характерны повышенная агрессия, носящая защитный характер, преобладание ваготонической активации вегетативной нервной системы, усиление активности подкорковых нервных центров и дисрегуляция вегетативных процессов. Изменения вегетативной нервной системы характеризовались ваготонической активацией, выраженными нарушениями регуляции вегетативных процессов, активацией подкорковых нервных центров. У детей с преобладанием вегетативных нарушений наблюдали низкую самооценку, повышенную тревожность и защиту. Предложенные методики коррекции (магнитное поле, электростимуляция и цветоритмотерапия), с учетом выявленных вариантов клинических проявлений ЧБД, улучшают их адаптационные реакции детей, эффективность применения методик колеблется от 78.6 до 98.2% [16].

Качество развития и здоровья ребёнка является следствием адекватности используемых воспитательно-развивающих технологий. Не случайно ст. 51 закона «Об образовании» гласит: «Образовательное учреждение создаёт условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников». Федеральный закон «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения» ст. 28 вменяет системе образования охраняющие здоровье детей санитарно–гигиенические требования. В дошкольных и других образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, в том числе меры по организации их питания, и выполняться требования санитарного законодательства. Программы, методики и режимы воспитания и обучения, технические, аудиовизуальные средства обучения и воспитания, учебная мебель, а также учебники и иная издательская продукция допускаются к использованию при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии их санитарным правилам.

Анализ медицинских и психолого-педагогических характеристик часто болеющих детей подтвердил базовые положения психосоматического подхода к модели развития человека о том, что в развитии часто болеющего ребенка важно учитывать степень и характер влияние всех факторов, оказывающих влияние на становление личности ребенка [17].

Опубликованы исследования [18-22], указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду психологических характеристик. Так, ЧБД свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг. Плохое самочувствие, ограничение движений, длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, депрессивным и регрессивным реакциям.

Для ЧБД старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни. Если говорить о поведении, то оно изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых, формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму [19].

Существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности ЧБД, такие как: ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь. Особое влияние оказывает преобладание симбиотического, симбиотически – авторитарного, привязывающее–подавляющего стилей родительского отношения к ребенку. Родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; наблюдается скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны; утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства; ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и как следствие – двигательная потребность ребенка [19].

Неразработанность проблемы формирования тревожности часто болеющих детей в связи с особенностями семейной среды определяет проблемное поле зрения для психологов. Повышенная тревожность оказывает негативное влияние на поведение и деятельность ребенка, препятствуя его гармоничному развитию. Неэффективное родительское отношение рассматривается как один из

факторов формирования тревожности. Отсутствие у родителей эмоционального контакта с детьми или чрезмерная его интенсивность, неверие в способность ребенка быть самостоятельным, инициативным, ответственным, чрезмерная тревога и забота о ребенке, предъявление ребенку завышенных требований без учета реальных его возможностей. Семьи с часто болеющим ребенком имеют особую структуру, в которой тесная симбиотическая связь матери и ребенка сочетается с психологической отстраненностью отца. Болезнь ребенка может являться пусковым механизмом, вызывающим неэффективное родительское отношение, которое способствует высокой тревожности у ребенка. Для снижения тревожности ребенок часто использует неадаптивные механизмы защиты – соматизацию тревоги, бегство в болезнь. Возникает психосоматический замкнутый круг, выбраться из которого можно изменив неэффективное родительское отношение к ребенку на эффективное.

Часто болеющие мальчики имеют более высокий уровень самооценочной и межличностной тревожности. В семьях с часто болеющими детьми симбиоз сочетается с инфальтилизацией ребенка, что ставит его в позицию слабого, независимо от пола. Существует прямая взаимосвязь между уровнем тревожности и неэффективным родительским отношением, а также и обратная связь между тревожностью и эффективным отношением. Несмотря на предпринимаемые со стороны медицины меры по укреплению и сохранению здоровья часто болеющих детей, проблемы, связанные с развитием и социализацией их личности остаются достаточно острыми. Вопрос адаптации часто болеющих детей к условиям дошкольного образовательного учреждения является достаточно острым, поскольку поступление ребенка в детский сад и адаптация к нему являются факторами риска в возникновении заболеваний. Это обуславливает необходимость грамотного психолого-педагогического и медицинского сопровождения адаптации часто болеющих детей. Предпринята попытка выявления специфики адаптации часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению в связи с особенностями их психосоматического статуса и родительского отношения к ним и обеспечения благоприятной адаптации часто болеющих детей [15, 23, 24]. Внедрены коррекционно–развивающие программы, основные направления которых включают оптимизацию родительского отношения к часто болеющему ребенку посредством информационно–просветительской работы и тренинговых занятий с родителями; подготовку ребенка к посещению образовательного учреждения через совместную с родителем деятельность в новой среде, посредством игровых занятий с детско–родительскими парами. В рамках занятий происходит принятие ребенком правил новых условий жизни, условия разлуки с близкими взрослыми, установление ритуалов прощания с ребенком через трансляцию их родителем, снятие эмоционального напряжения, развитие игровых и коммуникативных навыков, становление доверия к новому социальному окружению. Результаты контрольного среза выявили положительные изменения специфики адаптации часто болеющих детей экспериментальной группы и родительского отношения к ним: повысились показатели аппетита, сна, настроения, инициативности в общении со сверстниками и взрослыми, уверенности в себе, при этом снизилась аффективная привязанность к взрослому; отмечено повышение показателей адаптации: аппетит; сон; эмоциональное состояние; социальные контакты и их стабилизация. Уменьшилась длительность адаптационного периода, снизилась частота заболеваемости (46% детей в течение года не болели совсем; 34% детей болели значительно реже); наблюдали укорочение длительности периода выздоровления (длительность заболеваний составляла от 3–5 дней); отсутствие осложнений после перенесенного заболевания. В контрольной выборке положительные изменения менее существенны.

Снижению самооценочной и межличностной тревожности, изменению родительского отношения и гармонизации детско-родительских отношений способствует внедрение корреляционных программ в образовательные учреждения, предложенные Ж.К. Дусказиевой Ж.К. [25-27].

Для часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни [23].

К особенностям познавательной деятельности часто болеющих старших дошкольников можно отнести: истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности; трудности переключения внимания; снижение продуктивности воспроизведения; снижение продуктивности внимания; уменьшение уровней развития творческого воображения; уменьшение объема произвольной зрительной памяти; большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность [19, 20, 21].

Таким образом, среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка выделить приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины, выраженную тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения. Формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила.

Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми [28].

Основной идеей Концепции формирования здорового образа жизни в системе образования является развитие физического и психического здоровья подрастающего поколения, что станет важным компонентом образования, необходимого для решения понимания ценности жизни каждого человека.

Литература

1. *Романцов М. Г., Силаев А. А., Мельникова И. Ю.* Психологические особенности детей дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих проблемы со здоровьем // Проблемы современной науки и образования, 2016. 12 (54). 137-143.
2. *Романцов М. Г., Мельникова И. Ю.* Особенности личностного и психического развития часто болеющих детей // Педагогика и психология: теория и практика, 2016. 2 (4). 68-71.
3. *Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Чебуркин А. Л. и др.* Часто и длительно-болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: Руководство для врачей. М. Контимед, 2001.
4. *Самсыгина Г. А.* Проблема часто болеющих детей в педиатрии // Педиатрия, 2015. 1.167-169.
5. *Jesenak M. et al.* Recurent Respiratory ifections in Children – Defenition, Diagnostic, Approach, Treatment and Prevention, 2011www.intechopen.com.
6. *Зайцева О. В.* Рекуррентные респираторные инфекции: можно ли их предупредить? // Педиатрия, 2015 .2.185-193.
7. *Владимирова Е. В.* Часто болеющие дети: клинико-психологические особенности, механизмы адаптации, реабилитация // Автореф. дисс. …..к.м.н. Саратов, 2012.
8. *Кучма В. Р.* Современное популяционное здоровье детского населения России и санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся: проблемы, пути решения, технологии деятельности. Постановление № 8 (протокол № 6). Бюро секции профилактической медицины отделения медицинских наук РАН. 1 октября 2015 года.
9. *Романцов М. Г.* Реабилитационное лечение детей, часто болеющих респираторными заболеваниями // Автореф. дисс. …д.м.н. Москва, 1992. 41 с.
10. *Тишкина И. С.* Профилактические программы у часто болеющих детей в учреждениях первичного звена // Автореф. дисс. …. к.м.н. Москва, 2015.
11. *Кан Н. Ю.* Значение персистирующей герпесвирусной инфекции в формировании вторичного иммунодефицита у часто болеющих детей // Детские инфекции,2008. 2.
12. *Боковой А. Г.* Герпесвирусные инфекции у детей Москва. МАКС Пресс, 2008.
13. *Савицкая Н. А.* Диагностика и характеристика оппортунистических инфекций у часто болеющих детей при острых респираторных вирусных инфекциях и в периоде ремиссии // Автореф. дисс. …..к.м.н. Москва, 2008.
14. *Климова Р. Р., Околышева Н. В., Чичиев Е. В.* Частота обнаружения маркеров герпесвирусных инфекций у часто болеющих детей с острой респираторной инфекцией // Педиатрия, 2014. 1.45-49.
15. *Веселов Н. Г.* Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений / Н. Г. Веселов, Е. Ю. Кузнецова, Г. К. Ермакова, Н. Н. Яременко с соавт. Л., 1990. 55 с.
16. *Исаев Д. Н.* Психология больного ребенка / Д. Н. Исаев. СПб., 1993. 75 с.
17. *Ковалевский В. А.* Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка / В. А. Ковалевский. Красноярск, 1997. 122 с.
18. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. 320 с.
19. *Волкова О. Н.* Особенности развития личности часто болеющего ребенка. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2010. № 2. [Электронный ресурс]. URL: http:// medpsy.ru
20. *Тихонович Т. Ю.* Психосоматический статус часто болеющих детей как фактор их успешной адаптации к дошкольному образовательному учреждению // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн., 2015. № 3 (9) .http://medpsy.ru.
21. *Михеева А. А.* Психические особенности часто болеющих детей // Автореф. дисс……канд. психол. наук. Москва,1999.19 с.
22. *Великанова Л. П.* Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект // Автореф. дисс. ….д.м.н. Москва, 2008.
23. *Кравцова Н. А.* Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами // Автореф. дисс. …..д.п.н. Томск, 2009.

24. *Сидоркина Т. Ю.* Адаптация часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2013. № 3 (20). URL: http://medpsy.ru
25. *Дусказиева Ж. К.* Специфика психологического сопровождения тревожных детей в ДОУ: Материалы научной конференции Красноярского государственного педагогического университета. Красноярск, 2008.
26. Особенности родительского отношения отцов и матерей к ЧБД // Омский научный вестник. Омск, 2008. 6.
27. *Дусказиева Ж. К.* Гендерные особенности тревожности и часто болеющих детей и возможности ее коррекции // Автореф. дисс. ….к. пс. н. Красноярск, 2009.
28. *Малиновская Н. Д.* Результаты исследования психологического компонента структурного аттрактора болезни школьников Российской Федерации. Психиатрия. т. 6, 2005. /WWW.MEDLINE.RU.