

Анна Серых, Виктор Басюк, Алла Лифинцева

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Аннотация. В статье проводится анализ особенностей детских психосоматических расстройств. Показано, что психиатры и психологи исследовали функционирование психических процессов, соотнося их с состоянием *соте*. Показано: девиантные формы родительства создают условия риска психосоматических расстройств у детей и подростков; стрессовая тактика педагогических воздействий создает условия риска психосоматических расстройств; низкая двигательная активность (гиподинамия) детей и подростков на фоне негативных социально-психологических факторов создает условия риска психосоматических расстройств; моббинг и буллинг внутри сообщества детских объединений создают условия риска многих психосоматических расстройств; возникают симптомы социопатической личности. Показано: формирующиеся психосоматические расстройства могут выступать в качестве феномена самоконтроля.

Ключевые слова: психосоматические расстройства; психосоматические симптомы, социальное сиротство; социальное неравенство; стрессовая тактика педагогических воздействий; гиподинамия; моббинг и буллинг; симптомы социопатической личности.

Abstract. The paper is devoted to psychosomatic problems in childhood. The paper deals with psychiatrists' and psychologists' discussion on mental frustration functioning correlating to somatic condition. It is shown: deviate parenthood forms should be viewed as psychosomatic frustration risk conditions for children and teenagers. Stressful pedagogical tactics should be viewed as psychosomatic frustration risk conditions; low physical activity of children and teenagers should be viewed as psychosomatic frustration risk conditions; mobbing and bullying among childrens' associations should be viewed as psychosomatic frustration risk conditions; sociopsychopathic person's symptoms. Overall, it is shown: forming psychosomatic frustration can be viewed as self-control phenomenon.

Keywords: psychosomatic frustration; psychosomatic symptoms, a social orphanhood; a social inequality; stressful pedagogical tactics; hypodynamia; mobbing and bullying; sociopsychopathic person's symptoms.

Психосоматические
расстройства

Психосоматика (от греч. *psyche* – душа и *soma* – тело) – направление в медицине и психологии, исследующее роль психических факторов при изучении причин и условий возникновения болезней (в этиологии) и патогенезе функциональных и органических расстройств организма.

Психосоматические расстройства в детстве и отрочестве влияют на развитие личности, а психические состояния обратимо влияют на здоровье. Показано, что на возникновение и преодоление соматических расстройств молодого организма большое влияние оказывает сама личность ребенка или подростка.

В начале XX века отечественные психиатры писали о том, что на соматические расстройства организма человека большое влияние оказывает сама личность, в частности, ее эмоциональные состояния. Таковыми были исследования М. Я. Мудрова, Г. А. Захарьина и С. П. Боткина [1].

Соматические расстройства исследовались психиатрами и психологами

Соматические расстройства специально исследовались Б. Д. Карвасарским, А. А. Портновым, Д. Д. Федотовым, А. М. Святоцем [2] и многими другими отечественными психиатрами. О расщеплении разума, тела и духа при травме, о соматических компонентах переживаний специально писал Д. Калшед, который опирался на ряд других психоаналитических направлений [3].

В зарубежной психологии З. Фрейд специально обращал внимание на роль психического детерминизма в соматике истерии [4].

Х. Сторроу и У. Т. Цушима вслед за другими специалистами указывали на то, что психосоматика в широком смысле слова включает все взаимодействия между поведением (мысли, эмоции, действия) и соматическим заболеванием [5]. Существование таких сложно обусловленных отношений души и тела признавалось на протяжении столетий. Психосоматические расстройства в целом означают тип психического заболевания, этиология которого обусловлена значимыми психологическими факторами.

Функционирование психических процессов, развитие и бытие личности зависят от *soma*. Но здесь существует и *закономерная обратимость*: тело находится в зависимости от *psyche*.

Психосоматические симптомы в детском и подростковом возрасте

Актуальность исследований проблем детской и подростковой психосоматики обусловлена, в первую очередь, значительным ростом в общей популяции числа психосоматических расстройств и жалоб у детей и подростков. По уровню распространенности они являются преобладающими среди общего числа неинфекционных болезней детского и подросткового возраста. Встречаемость психосоматической патологии для данной возрастной категории составляет до 70% от числа всех детей, обращающихся в детские поликлиники, при этом перио-

дические психосоматические жалобы без ясных физиологических причин отмечаются до 10% случаев [6, 7, 8].

Несмотря на ряд исследований в медицинской и психологической науках, до сих пор остаются дискуссионными вопросы, касающиеся сущностного содержания и роли факторов различного уровня в возникновении психосоматических жалоб и расстройств у детей и подростков.

Авторы пытаются дать теоретический анализ существующих отечественных и зарубежных исследований макросоциальных факторов риска психосоматических расстройств и жалоб детей и подростков, основанного на многофакторной модели, предложенной А. Б. Холмогоровой в отношении аффективных расстройств [9].

Если говорить о факторах риска нарушения психосоматического здоровья детей и подростков на макросоциальном уровне, то доминирующими из них являются девиантные формы родительства, социальное неравенство и несовершенная система дошкольного и школьного образования.

Девиантные формы
родительства,
социальное
неравенство

В структуру девиантных форм родительства, на наш взгляд, следует включить такие факторы риска психосоматических расстройств, как социальное сиротство, алкоголизация родителей, различные формы семейного насилия и тотальную занятость современных родителей, не позволяющую им адекватно реализовывать родительские функции.

Семейное насилие

Хелен ван Ройкель, рассматривая проблемы семейного насилия, пришла к выводу, что дети, являясь или прямыми жертвами, или свидетелями насилия, испытывают те же эмоциональные состояния, что и участники военных или стихийных бедствий [10]. Наиболее часто встречающимися психосоматическими симптомами для детей и подростков в таких случаях являются хронические абдоминальные боли, головные боли, боли в малом тазу, дисфункции голосовых связок, предменструальный синдром, фибромиалгия и т.д.

Специалистами отмечается, что в младшем школьном и подростковом возрасте высокая частота данных психосоматических симптомов может выступать маркером домашнего насилия [11, 12].

Феномен
самоконтроля
у детей
с психосомати-
ческими
расстройствами

С нашей точки зрения, *формирующиеся психосоматические расстройства* у детей и подростков – жертв или свидетелей насилия, могут *выступать в качестве феномена самоконтроля*: они поддерживают ребенка в состоянии готовности к адекватному реагированию на

проблемные ситуации и помогают «контролировать» свои тревогу и страх, связанные с отсутствием эмоциональной поддержки в семье и невозможностью установить отношения надежной и безопасной привязанности с родительскими фигурами.

Социальное сиротство

Схожая ситуация обнаруживается и в случае социального сиротства. Согласно многочисленным исследованиям, дети-сироты представляют собой одну из основных групп риска по девиантному поведению и различным психическим нарушениям, в том числе расстройствам аффективного спектра [13, 14].

Социальное неравенство

Дискуссионным остается вопрос о роли социального неравенства в возникновении у детей и подростков психосоматических нарушений. Некоторыми исследователями отмечается, что частота встречаемости психосоматических нарушений среди детей из семей с низким социально-экономическим статусом гораздо выше, чем среди детей из семей со средним и высоким уровнем дохода. Кроме того, показано, что дети, которые часто беспокоятся о финансовом статусе своей семьи, демонстрируют такие психосоматические жалобы, как головные боли, абдоминальные боли и кардиалгии [15]. В России масштабных исследований такого уровня не проводилось.

Дисфункциональные коммуникации

В качестве основных макросоциальных факторов риска психосоматических расстройств у детей в системе дошкольного образования можно выделить, прежде всего, дисфункциональные коммуникации воспитателей с ребенком и раннее начало обучения детей с использованием неадаптивных технологий, методов и средств обучения. Давно известно, что с воспитателем ребенок получает первый опыт полиадического (вместо диадического – с родителями) общения. Как показали исследования, воспитательница не замечает обычно около половины направленных к ней обращений детей. Данный аспект дисфункциональной коммуникации может привести, с одной стороны, к росту самостоятельности ребенка, снижению его эгоцентризма, а может – к неудовлетворению потребности в безопасности, развитию тревожности, психосоматизации ребенка. Кроме того, результаты современных научных исследований неоспоримо свидетельствуют о том, что раннее начало обучения ребенка, форсированная выработка у дошкольников школьной готовности негативно отражаются на их психосоматическом здоровье [16].

Факторы риска нарушения психосоматического здоровья

В качестве факторов риска нарушений психосоматического здоровья детей и подростков в системе школьного образования выделяются следующие [17, 18, 19, 20].

Стрессовая тактика педагогических воздействий

1 – Стрессовая тактика педагогических воздействий (то есть ребенок находится в ситуации постоянной угрозы стресса). Весьма часто в системе диадического общения «ребенок – педагог» со стороны последнего проявляются разнообразные реакции отрицательной модальности, начиная от открытой агрессии и заканчивая равнодушием.

Социальные и учебные угрозы

Социальная угроза ассоциируется у детей и подростков с отвержением, враждебностью со стороны педагогического коллектива или с недостатком дружелюбия и принятия с их стороны. Учебная угроза связана с предчувствием психологической опасности в учебных ситуациях: ожидание провала на уроке, боязнь наказания за неуспех со стороны родителей [21]. Такие длительные эмоциональные переживания детей могут привести к соматизации, а в дальнейшем и к психосоматическим расстройствам. Важно отметить, что неблагоприятное взаимодействие педагога с ребенком может быть связано с высоким уровнем стрессового состояния самого педагога, что снижает адаптационные возможности его организма и, соответственно, прямым образом влияет на эффективность его профессиональной деятельности.

Стресс ограниченного времени и конкуренции

2 – Стресс ограниченного времени и постоянной конкуренции. Как справедливо отмечал Д. Н. Исаев, из-за присутствия в школе элемента соревнования, связанного с ориентацией на высокие показатели, отстающих учеников неизбежно «стигматизируют», как, собственно, сами дети, так и педагогический коллектив. В связи с этим у детей развивается негативное представление о собственной личности, что препятствует их дальнейшему развитию и увеличивает риск психосоматических расстройств [22].

Инновационные школы: перфекционизм и энергозатраты

Следует принять во внимание и тот факт, что на данный момент в России имеется значительное количество так называемых инновационных образовательных учреждений. При этом обучение в лицеях, прогимназиях, гимназиях и других учреждениях, которые подчас презентруются в качестве элитных, реально несут в себе фактор риска психосоматических расстройств у детей и подростков. Это обстоятельство можно рассматривать в двух аспектах. С одной стороны, большие энергозатраты ребенка, связанные с увеличением информационных нагрузок в инновационных школах, влекут за собой серьезное напряжение функциональных систем организма, что в свою очередь, негативно отражается на психосоматическом здоровье ребенка [23]. С другой стороны, инновационные учреждения, харак-

теризуясь перфекционистскими* высокими образовательными стандартами, создают угрозу эмоциональному благополучию детей [24], и, соответственно, могут привести к психосоматическим расстройствам.

Ограниченное время для выполнения обязательных заданий и постоянная необходимость побеждать в конкурентных отношениях со сверстниками, чтобы реализовать свою естественную потребность в признании, выступают для ребенка и подростка в качестве стресса, в качестве фактора риска.

3 – Недостаточная эффективность методик и технологий обучения учащихся. Как указывала М. М. Безруких, особенно остро проблема адекватности педагогических воздействий уровню физиологической и психологической зрелости организма школьников стоит в начале обучения в школе при поступлении в первый класс. По данным психофизиологических и нейрофизиологических исследований Института возрастной физиологии РАО, к началу школьного обучения у подавляющего большинства современных детей 6 – 7 лет еще не сформированы школьно-значимые функции [25].

А. Г. Сухарев, Н. М. Цыренова, анализируя данные, полученные в ходе исследования особенностей физического и психического здоровья детей, обучающихся с помощью здоровьесберегающих технологий обучения и учебно-дисциплинарных технологий обучения, пришли к выводу, что по всем видам функциональных отклонений в состоянии здоровья лидируют учащиеся второй технологии обучения. При этом отмечается заметная тенденция к ухудшению здоровья от 3-го к 6-му классу, почти каждый четвертый ребенок имеет отклонения в состоянии здоровья. В то же время изучение состояния здоровья школьников при здоровьесберегающих технологиях обучения свидетельствовало о более благоприятной динамике показателей, характеризующих здоровье наблюдаемых детей. Так, выявлено лишь незначительное увеличение количества детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Следовательно, морфо-функциональные отклонения, наблюдаемые у школьников здоровьесберегающих технологий обучения отражают меньшую «физиологическую стоимость» адаптации к воздействию комплекса неблагоприятных школьно-средовых факторов [26].

* Перфекционизм – многомерный личностный конструкт, проявляющийся в стремлении человека следовать высоким стандартам.

Интенсификация
учебного процесса

4 – Интенсификация и нерациональная организация учебного процесса. На психику ребенка падает основная нагрузка в образовательных учреждениях. Под влиянием суммарной школьной нагрузки у учеников учащаются все функциональные отклонения, особенно астенические и невротические проявления, артериальная гипотония, преданемия, понижение иммунологической резистентности адаптационной функции надпочечников, что связано с хроническим стрессом [27]. Высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, дефицит времени для усвоения информации, как указывают А. А. Баранов, Л. М. Сухарева, обладают выраженным психотравмирующим воздействием на школьника, что в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности оказывает стрессорное воздействие на развивающийся организм. Длительное пребывание в таких условиях способствует «закреплению» негативных сдвигов в физиологических реакциях организма, что формирует невротические расстройства с последующей клинической манифестацией, формированием нарушений деятельности сердца, желудочно-кишечного тракта, других органов и систем и дальнейшей соматизацией [28].

Ценности здоровья
и здорового образа
жизни

Интенсификация и нерациональная организация учебного процесса выступают в качестве фактора риска.

5 – Отсутствие системной комплексной работы по организации здорового образа жизни. Низкая квалификация педагогов в вопросах возрастной физиологии, психологии, охраны здоровья школьников затрудняет доскональное изучение нарушений психосоматики. Так, в некоторых европейских странах и США официальные документы обязывают педагогический коллектив школьного учреждения знать основы возрастной физиологии детей и уметь формировать у них установки и ценности здорового образа жизни. Можно констатировать, что в современной российской школе практически отсутствует система гигиенического обучения и воспитания по формированию у детей и подростков навыков здорового образа жизни, сознательного и ответственного отношения к своему здоровью, что является значимой причиной ухудшения состояния здоровья школьников [29, 30, 31].

Организация
двигательной
активности детей

6 – Низкая двигательная активность детей и подростков. Физиологами и гигиенистами детства доказано, что при всей многогранности подходов к здоровье-

сбережению школьников одно из первых мест принадлежит правильно организованной, целенаправленной двигательной активности. Движения и физическая активность, поддерживающие обменные процессы, создают ту базу, на основе которой происходит не только биологическое, но и духовное развитие ребенка [32].

Отсутствие системной комплексной работы по организации здорового образа жизни детей и подростков, а также связанной с этим склонностью детей к сниженной двигательной активности (гиподинамией), выступают в качестве фактора риска.

Моббинг и буллинг

7 – *Моббинг** и *буллинг***. Работы западных исследователей показывают, что дети, включенные в сборище сверстников – объекты агрессивного поведения своих сверстников (или более старших по возрасту) представляют собой группу риска различных психосоматических расстройств. Наиболее часто встречающимися психосоматическими жалобами у виктимных детей являются головные, абдоминальные и спинальные боли, головокружения, проблемы со сном, нарушения пищевого поведения, энурезы, проблемы с кожей и чувство хронической усталости [33].

Моббинг и буллинг – некие социальные условия, которые требуют от своей жертвы подчинения, рабского следования указаниям доминантной асоциальной группы. Это социальные условия *прессинга* и *стигматизации* личности. Это условия контроля и запрета на выражение чувств. Через физические и психические репрессии агрессивные группы сверстников могут провоцировать у своих жертв развитие социопатических реакций.

Наблюдения детей и подростков в школах и в учреждениях интернатного типа показывают, что моббинг и буллинг могут проявляться в виде жестокого насилия, уничижения личного достоинства более слабых через насмешки, издевательства, наговоры, порочащие честь и достоинство жертвы.

В условиях учреждений интернатного типа эти стигматизирующие и уничижающие тело и личностный статус ребенка факторы создают постоянно травмирую-

* Моббинг (от англ. *mob* – толпа, сборище) – форма психологического насилия в виде травли сотрудника в коллективе, как правило, с целью его последующего увольнения.

** Буллинг (от англ. *bully* – задирать, запугивать) – агрессивное преследование одного из членов группы (особенно сообщества школьников и студентов) со стороны остальных членов группы или его части.

Факторы риска

щий фон. Дети, проживающие в условиях учреждений интернатного типа, в наибольшей мере подвержены депривации психосоматики и самой личности.

М. М. Безруких отмечает и дополнительные школьные факторы риска: несоответствие условий обучения санитарно-гигиеническим требованиям; снижение уровня медицинского контроля за здоровьем школьников; плохая организация питания; в ряде мест отсутствие спортивных залов и квалифицированных преподавателей физвоспитания; низкая культура семьи в вопросах охраны и укрепления здоровья [34].

В. С. Мухина показала, что социальные условия влияют не только на психосматику, но и могут формировать *симптомы социопатической личности*. Социопаты могут проявлять конфликтность, асоциальные черты поведения. Конфликтность может перерасти в бурную агрессивную реакцию, которая может проявляться по любому, подчас незначительному поводу. В. С. Мухина писала: «У социопатов часто встречаются невротические симптомы – психогенные заболевания (не органические, а функциональные нервные заболевания). У социопатов высокая податливость к взрывам возбуждения, что нередко дает патологический аффект» [35].

Можно заключить, что феноменология детской психосоматики порождается многообразными внешними условиями, телесными (функциональными) особенностями, типологией психических функций, а также спецификой внутренней позиции самого ребенка или подростка. Весь комплекс условий и предпосылок может провоцировать возникновение патологического аффекта и асоциальные реакции. Однако развитие в сторону социопатии лишь один из возможных путей соединения аффективного асоциального поведения с отклонениями в сфере психосоматики.

1. Чазов Е. И. Истоки: Из истории русской медицины и Московского университета. М. Я. Мудров. – М., 1994; Захарьин Г. А. Клинические лекции. Избранное. – М., 1910; Тополянский В. Д. Доктор Захарьин: легенды и реальность: Антология. – М., 2009; Боткин С. П. Клинические лекции проф. С. П. Боткина, читанные в Императорской Военно-медицинской академии в 1883 – 1888 годах. – СПб., 1912.

2. Карвасарский Б. Д. Неврозы (руководство для врачей). – М., 1980; Портнов А. А., Федотов Д. Д.

Психиатрия. – 3-е изд., перераб. и доп. – М., 1971; *Свядош А. М.* Неврозы (руководство для врачей). – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб., 1997. (Серия «Практическая медицина».)

3. *Калшед Д.* Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа: Пер. с англ. – М., 2007. (Психологические технологии.)

4. *Фрейд З.* Психоанализ детских неврозов. – М.; Л., 1925; *Он же.* Общая теория неврозов // Введение в психоанализ: Лекции. – М., 1989. (Серия «Классики науки».)

5. *Сторроу Х.* Психосоматика // Психологическая энциклопедия. – 2-е изд. / Под ред. Р. Корсила и А. Ауэрбаха. – М.; СПб., 2003. – С. 700; *Цушима У. Т.* Психосоматические расстройства // Психологическая энциклопедия. – 2-е изд. / Под ред. Р. Корсила и А. Ауэрбаха. – М.; СПб., 2003. – С. 701.

6. *Ананьев В. А.* Психология здоровья. – СПб., 2006.

7. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб., 2002.

8. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб., 2005.

9. *Холмогорова А. Б.* Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Автореф. дис. ... д. психол. н. – М., 2006.

10. *Helen van Roekel.* Family violence // Victims. – 2010. – № 3.

11. *Fellitti V.* Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation // Southern Medical Journal. – 1991. – № 84. – P. 328–331.

12. *Freedman M. R., Rosenberg S. J., Schmalin K. B.* Childhood sexual abuse in patients with paradoxical vocal cord dysfunction // Journal of Nervous Mental Disorder. – 1991. – № 179. – P. 295–298.

13. *Ослон В. Н., Холмогорова А. Б.* Профессиональная замещающая семья как одна из наиболее эффективных моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии. – 2001. – № 3. – С. 79.

14. *Прихожан А. М., Толстых Н. Н.* Психология сиротства. – СПб., 2007.

15. *Schwab J., Traven N.* Factors related to the incidence of psychosomatic illness // Psychosomatics. – 1979. – № 20. – P. 307–315.

16. Кучма В. Р., Сухарева Л. М., Степанова М. И. Физиолого-гигиеническое обеспечение модернизации структуры и содержания общего образования в России // Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность (1904–1959–2004) / Под ред. А. А. Баранова, В. Р. Кучмы, Л. М. Сухаревой. – М., 2006. – С. 21–27.

17. Ананьев В. А. Психология здоровья. – СПб., 2006.

18. Безруких М. М. Здоровье детей и школьные факторы риска // Материалы круглого стола на тему «Современная школа и здоровье детей». – М., 2002.

19. Сухарев А. Г., Цыренова Н. М. Характеристики среды жизнедеятельности современных школьников // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 31–37.

20. Баранов А. А., Сухарева Л. М. Особенности состояния здоровья современных школьников // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 14–21.

21. Phillips B. School stress and anxiety // Human Science. – N. Y. – 1978. – № 5.

22. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихологические расстройства у детей. – СПб., 2005.

23. Прасолова О. В. Влияние инновационных форм обучения на психосоматическое здоровье и состояние адаптационных систем школьников: Автореф. дис. ... к. б. н. – Ставрополь, 2005.

24. Воликова С. В., Холмогорова А. Б., Галкина А. М. Родительский перфекционизм – фактор развития эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по усложненным программам // Вопросы психологии. – 2006. – № 5. – С. 23–31.

25. Безруких М. М. Здоровьесберегающая школа. – М., 2004.

26. Сухарев А. Г., Цыренова Н. М. Характеристики жизнедеятельности современных школьников // Педиатрия. – 2006. – № 5. – С. 31–37.

27. Ананьев В. А. Психология здоровья. – СПб., 2006.

28. Баранов А. А., Сухарева Л. М. Особенности состояния здоровья современных школьников // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 14–21.

29. Кучма В. Р., Сухарева Л. М., Степанова М. И. Физиолого-гигиеническое обеспечение модернизации структуры и содержания общего образования в России // Здоровье, обучение и воспитание детей: исто-

рия и современность (1904–1959–2004) / Под ред. А. А. Баранова, В. Р. Кучмы, Л. М. Сухаревой. – М., 2006. – С. 21–27.

30. Ямпольская Ю. А., Скоблина Н. А., Свергина А. В., Мустафина И. Э. Лонгитудинальное наблюдение за физическим развитием современных школьников Москвы (второе сообщение) // Сб. материалов X Конгресса педиатров «Актуальные проблемы педиатрии». Москва. 5–9 февраля 2006. – М., 2006.

31. Звездина И. В., Кучма В. Р. Эпидемиологические аспекты поведенческих факторов риска // Здоровье населения и среда обитания. – 2005. – № 1. – С. 1–5.

32. Баранов А. А., Сухарева Л. М. Особенности состояния здоровья современных школьников // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 14–21.

33. Gini G., Pozzoli T. Association Between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis // Pediatrics. – 2009. – P. 1059–1063.

34. Безруких М. М. Здоровье детей и школьные факторы риска // Материалы круглого стола на тему: «Современная школа и здоровье детей». – М., 2002.

35. Мухина В. С. Отчужденные: Абсолют отчуждения. – Изд. 2-е. – Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2010. – С. 84.

