

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В РОССИИ

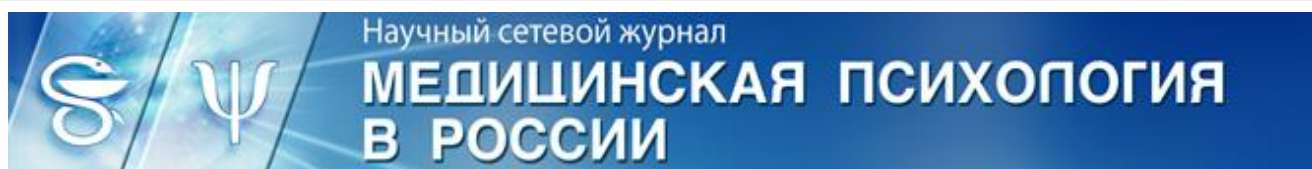
- | | | | |
|----|--|--|----------|
| 1. | Гончаренко А.С.
Куфтяк Е.В.
(Москва, Россия) | Личностные характеристики женщин,
когнитивные особенности и стратегии совладания
при угрозе здоровью | С.2-9 |
| 2. | Крупина К. М.
Петраш М. Д.
(Санкт Петербург,
Россия) | Планирование здорового старения, образ жизни
и стереотипы в структуре представления о
старении у взрослых | С.10-21 |
| 3. | Фесенко Ю.А.
Романовская М.В.
(Санкт - Петербург,
Россия) | Медицинские аспекты психолого-педагогического
сопровождения обучающихся с психическими
нарушениями и ограниченными возможностями
здоровья | С.22-34 |
| 4. | Павлей Л.В.
Коробкова М.М.
(Ярославль, Россия) | Особенности детско-родительских отношений в
семьях с детьми младшего школьного возраста с
аллергическим заболеванием | С. 35-44 |

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

- | | | | |
|----|---------------------------------------|--|---------|
| 5. | Мануковская Д.Д.
(Воронеж, Россия) | Психологическая устойчивость личности
современных студентов | С.45-53 |
|----|---------------------------------------|--|---------|

МАСТЕРСКАЯ ПСИХОЛОГА - ПРАКТИКА

- | | | | |
|----|---------------------------------|--|---------|
| 6. | Чурина А.А.
(Москва, Россия) | Кризисное дистанционное консультирование на
телефон доверия как значимая помощь
несовершеннолетним жертвам инцеста | С.54-63 |
|----|---------------------------------|--|---------|



УДК 159.9.07

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН, КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ ПРИ УГРОЗЕ ЗДОРОВЬЮ

Гончаренко А.С., Куфтяк Е.В. (Москва, Россия)



Гончаренко А.С.

Аспирант, преподаватель кафедры возрастной психологии
Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО МИП) г. Москва,
E-mail: abramova1905@gmail.com



Куфтяк Е.В.

Доктор психологических наук, заведующая кафедрой
возрастной психологии и семейного консультирования
Московский институт Психоанализа (НОЧУ ВО МИП),
профессор РАНХиГ г. Москва,
ORCID: 0000-0003-3723-0507
E-mail: kuftyakev@inpsycho.ru

Аннотация.

В статье представлены результаты пилотажного исследования, целью которого было установить взаимосвязи личностных качеств женщин, когнитивных особенностей и стратегиями совладания при угрозе здоровью, а именно развития рака молочной железы. В исследовании приняли участие 30 женщин, с доброкачественными новообразованиями в груди, проходившие обследование в маммологическом центре МКНЦ им. Логина в Москве. Все участницы исследования с высшим образованием, с детьми, 24 из них замужем и 6 в разводе. При качественном анализе выделены следующие результаты: 26 женщин, определили трудную жизненную ситуацию в отношении здоровья и обследования в маммологическом центре. В частности, «сложно находиться в неведении и ожидании результатов обследования», «удаление фиброаденомы», «тревога и сопутствующие ей страхи, например, страх смерти». 4 участниц назвали трудную жизненную ситуацию в отношении семьи и работы. Для получения эмпирических данных использовались опросные методы. С целью обработки и анализа полученных данных применялась программа SPSS 24 (Коэффициент корреляции Спирмена). В результате корреляционного анализа, были выявлены сильные положительные взаимосвязи по шкале Чеддока между активным копингом

и нарциссизмом, а также поиском инструментальной поддержки и контролем мыслей. В том числе были выявлены высокие корреляционные взаимосвязи личностных характеристик и когнитивных особенностей, таких как садизм и контроль мыслей, открытость новому опыту и когнитивной несостоятельности, психопатия и позитивные убеждения. Корреляция значима на уровне 0,01.

Ключевые слова: Стратегии совладания; когнитивные особенности; личностные характеристики женщин; доброкачественные новообразования.

Для цитаты Гончаренко А.С., Куфтяк Е.В. Личностные характеристики женщин, когнитивные особенности и стратегии совладания при угрозе здоровью. // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 4(85). – С. 2-9 – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гггг).

Введение.

Угроза онкологического заболевания является стрессовой ситуацией и колоссальным испытанием для женщины и ее семьи, поскольку результаты обследований определяют дальнейшую жизненную траекторию женщины. Е.В. Битюцкая, описывая признаки трудной ситуации, выделяла общие и частные аспекты. К первым относятся повышенные затраты собственных ресурсов, а у вторых выделяются: неподконтрольность и неопределенность ситуации, прогноза и принятия решения [1]. В.В. Нуркова и К.Н. Василевская, исследуя факторы трудной жизненной ситуации, указывали на поведенческий, когда у человека отсутствуют сформированные модели поведения в неизвестных ранее обстоятельствах. Когнитивный фактор, который проявляется в невозможности использования ранее сформированных схем для совладания с новыми незнакомыми условиями, угрожающими здоровью и жизни в целом. А также экзистенциальный фактор, который потенциально может выражаться в ощущении утраты смысла жизни [2]. Л.Ф. Бурлачук, исследуя психологическую теорию ситуаций, указывал на субъективный аспект и когнитивное оценивание обстоятельств самим человеком, то есть в индивидуальном сознании любая трудная ситуация имеет субъективную интерпретацию [3]. Все вышеуказанные факторы дают основания рассматривать угрозу онкологического заболевания как трудную жизненную ситуацию.

Изучая стрессовые обстоятельства и способы преодоления, Лазарус и Фолкман называют копинг когнитивными и поведенческими усилиями, которые направлены на овладение трудной ситуацией, это динамический процесс, изменяющийся с развитием самой ситуации [4, 5].

Грингласс и Фрайденберг предложили модель проактивного копинга. С их точки зрения, проактивное совладание объединяет планирование и превентивные стратегии с проактивной саморегуляцией для достижения целей с использованием социальных ресурсов и эмоциональной саморегуляцией в целом [6,7].

Крюкова Т.Л., говоря о совладающем поведении, указывала на субъективные характеристики личности. Целенаправленное поведение, позволяющее человеку справляться со стрессом адекватными личностным особенностям и ситуации способами, подчеркивая, что главным отличительным признаком совладания являются субъектные характеристики [8]. «Чтобы разобраться в формировании тех или иных эмоциональных реакций на психотравмирующую ситуацию, необходимо обратиться к общим закономерностям психической регуляции» А.О. Прохоров определяет ситуацию «...как объективную совокупность элементов (событий, условий, обстоятельств и т. п.), оказывающих стимулирующее, обуславливающее и корректирующее воздействие на субъект». «Важным условием понимания ситуации является личностный смысл или своевременно сформированный доминантный очаг, которые служат отражением отношения к особо значимым субъектам ситуации» [9].

За последние десятилетия вышло немало отечественных исследований, посвященных вопросам копинга в контексте онкологии. Д.А. Циринг, Я.Н. Пахомова обнаружили, что женщины с раком молочной железы склонны к подавлению эмоциональных реакций и контролю собственных переживаний. Копинг стратегии участниц отличались в зависимости от возраста, рабочего статуса, семейного положения и уровня образования [10]. Д.А. Циринг с коллегами изучила также психологические факторы позднего обращения за специализированной помощью у женщин с раком молочной железы. В полученных данных очевидно, что женщины с задержкой обращения имеют более позитивную картину мира с выраженными убеждениями о доброжелательности окружающей действительности. В их совладающем поведении выделяют конфронтацию, дистанцирование, самоконтроль, планирования решения проблемы и положительную переоценку. В оценке беспомощности

преобладали волевой и мотивационный компоненты. В то время как у женщин, обратившихся за помощью сразу были выявлены ригидность мышления и астения как компоненты личностной беспомощности, в том числе наблюдалась пессимистичная картина мира и внешний локус контроля [11].

Н.А. Сирота и Б.А. Фетисов выявили, что женщины с раком молочной железы совладают с ситуацией через "разрешение проблем" и "поиск социальной поддержки", а также могут использовать положительное религиозное совладание [12]. Н.А. Русина в проведенных исследованиях сделала выводы о том, что люди со злокачественными новообразованиями склонны в сложной ситуации к проявлению психологических защит, нежели к применению совладающих стратегий [13]. Д. В. Московченко в диссертационном исследовании изучая когнитивную оценку прогрессирования болезни, обнаружил, что женщины, которые оценивали развитие болезни как угрозу, были склонны к выбору стратегии "избегания" и испытывали беспомощность в ситуации болезни [14]. Л.М. Махнач в исследовании совладающего поведения онко пациентов с различной степенью эмоциональной дезадаптацией, сделал вывод о том, что именно "пассивно-избегающий копинг должен стать мишенью психокоррекционной работы с раковыми больными" [15].

В отечественной психологии совладающее поведение у женщин с онкологическим заболеванием репродуктивных органов, в частности раком молочной железы, изучалось в работах Д.А. Циринг (2023), С.А. Москвитиной (2012), Н.А. Русиной (2012), Н.А. Сирота и Б.А. Фетисова (2014), Д.В. Московченко (2016), И.В. Запесоцкой (2016), Н.В. Дейнека (2018), рассматривалось в исследованиях Н.В. Тарабриной, О.А. Ворона, М.А. Падун (2005) и других. При этом остается недостаток понимания, какие психологические и когнитивные характеристики женщин могут быть предикторами, на основании которых можно предполагать о выборе стратегий совладания в период обследования при угрозе здоровью и, в частности, развития рака молочной железы. Исходя из имеющихся пробелов в практике, целью данного исследования явилось изучение и выявление взаимосвязей совладающего поведения, в том числе проактивного копинга, личностных характеристик и когнитивных особенностей женщин с доброкачественным новообразованием в груди в период обследования.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 30 женщин, с доброкачественными новообразованиями в груди, проходившие обследование в маммологическом центре МКНЦ им. Логина в Москве. Возраст женщин составил от 30 до 45 лет. Из них 22 участницы состояли в браке и 8 были в разводе, все участницы исследования имели детей. Для получения эмпирических данных использовались опросные методы. С целью обработки и анализа полученных данных применялась программа SPSS 24 (Коэффициент корреляции Спирмена). Для выявления стратегий реактивного и проактивного совладания использовались «Опросник способов копинга» Lazarus R., Folkman S. в адаптации Битюцкой Е.В. и «Проактивный копинг» PCI Greenglass E., Schwarzer R., Taubert S. в адаптации Белинской Е. П. и Вечерина А. В. Для изучения личностных особенностей использовались Краткий пятифакторный опросник личности (TIPI-RU) Gosling S.D Rentfrow P.J., Swann W.B., в адаптации Сергеевой А.С., Кириллова Б.А., Джумагуловой А.Ф. «Шкала психологической уязвимости» Куфтяк Е.В. и «Короткий опросник темной тетрады» Paulhus D. в адаптации Корниенко Д.С. Для изучения когнитивных особенностей и восприятия жизненной ситуации использовались «Опросник метакогнитивных убеждений» A.Wells, S.Cartwright-Hatton (2004) в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонского и «Семантический дифференциал жизненной ситуации» О.В. Александровой, И.Б. Дермановой. С целью обработки и анализа полученных данных применялась программа SPSS 24 (Коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты исследования

Корреляционный анализ, представленный в таблице 1, показал сильную положительную взаимосвязь нарциссизма и проактивного копинга (0,812; $p=0,01$), а также поиск инструментальной поддержки и контролем мыслей (0,787; $p=0,01$).

Умеренные положительные корреляционные связи были выявлены между нарциссизмом и такими стратегиями совладания как: позитивная переоценка (0,544; $p=0,01$), противостояние (0,606; $p=0,01$), уход (0,631; $p=0,01$).

Средняя положительная корреляция была выявлена между садизмом и фантазированием/надежде на внешние силы (0,563; $p=0,01$), а также садизмом и поиском инструментальной поддержки (0,645; $p=0,01$).

Умеренные положительные взаимосвязи были выявлены между экстраверсией и проактивным копингом (0,601; $p=0,01$), психологической уязвимостью и самообвинением (0,566; $p=0,01$).

Относительно когнитивных особенностей были установлены средние положительные корреляции между внимательностью к собственным мыслительным процессам и превентивным копингом (0,615; $p=0,01$), фантазированием/надежде на внешние силы (0,535; $p=0,01$), а также поиском инструментальной поддержки (0,539; $p=0,01$); когнитивная несостоятельность и планомерное решение проблемы имеют среднюю положительную взаимосвязь (0,541; $p=0,01$).

Таблица 1

Корреляционный анализ показателей значений стратегий совладания и личностных характеристик и когнитивных особенностей женщин с доброкачественными новообразованиями в молочной железе

Стратегии Совладания	Личностные характеристики и когнитивные особенности						
	Нарциссизм	Психологическая уязвимость	Садизм	Экстр и паверсия	Контроль мыслей	Внимательность к собственным мыслительным процессам	Когнитивная несостоятельность
Планомерное решение проблемы							0,541
Позитивная переоценка	0,544						
Противостояние	0,606						
Самообвинения		0,566					
Фантазирование и надежда на внешние силы			0,563			0,535	
Уход	0,631						
Проактивный копинг	0,812			0,601			
Превентивный						0,615	
Поиск инструментальной поддержки			0,645		0,787	0,539	
Поиск эмоциональной поддержки					0,623		

** Корреляция значима на уровне $p=0,01$

Корреляционный анализ, представленный в таблице 2, иллюстрирует сильные положительные взаимосвязи между личностными характеристиками и когнитивными особенностями, такими как: открытость новому опыту и когнитивная несостоятельность (0,729; $p=0,01$), садизм и контроль мыслей (0,758; $p=0,01$), психопатия и позитивные убеждения (0,731; $p=0,01$)

Корреляционный анализ показателей значений личностных характеристик и когнитивных особенностей женщин с доброкачественными новообразованиями в молочной железе

Личностные характеристики	Когнитивные особенности		
	Когнитивная несостоятельность	Контроль мыслей	Позитивные убеждения
Открытость новому опыту	0,729		
Садизм		0,758	
Психопатия			0,731

** Корреляция значима на уровне $p=0,01$

Обсуждение результатов

Ситуация угрозы здоровью, развития онкологии является стрессором для большинства женщин и требует мобилизации внешних и внутренних ресурсов. Наличие онкологического диагноза предполагает для человека трудную жизненную ситуацию, с которой он будет совладать, и для изучения такого совладающего поведения используются методы реактивного копинга. Однако особенностью нашего исследования выступает проактивный копинг, поскольку факта онкологического диагноза у женщин нет, при этом сохраняется стрессовая ситуация, связанная с неизвестностью и ожиданием результатов обследования, наличием доброкачественного новообразования. Таким образом особенно ценным становится изучение проактивного совладания, планирования, поиска инструментальной поддержки в будущем и саморегуляции женщин, а также их личностных характеристик в способах совладания.

В результате проведенного исследования, была обнаружена высокая взаимосвязь неклинического нарциссизма и проактивного копинга. Мы можем предположить, что женщины, обладающие нарциссическими свойствами более открыты новому опыту и толерантны к неопределенности [16,17], рассматривают трудную ситуацию, как возможность позитивного опыта, в котором успешность исхода будет зависеть от приложенных усилий и принятых ими решений. В преодолении неопределенности сложной жизненной ситуации может проявляться самолюбование и желание достичь цели.

Мы также предполагаем, что женщины с нарциссическими свойствами не позволяют себе смотреть на ситуацию угрозы здоровья как негативную, поскольку есть страх выставить себя в негативном ключе, слабом, уязвимом, не привлекательном, вызывать жалость окружающих. Данное предположение частично подтверждается качественным анализом глубинного интервью, в ходе которого женщины указывали: "...даже, когда мир рушится, мне нравится чувствовать себя на коне...", "Я не могу позволить себе развалиться и ударить в грязь лицом, когда все плохо", "Я покупаю красивую одежду, думаю, что если хорошо выглядеть, то ситуация хорошо разрешится". Таким образом, если на угрозу здоровья смотреть в позитивном ключе, бороться с трудностями и находить решения, подобная стратегия поведения вероятнее всего будет вызывать восхищение окружающих, что как раз удовлетворяет нарциссические ожидания. Интересно заметить, что нарциссизм предполагает использование других в собственных целях. При этом в нашем исследовании не обнаружены взаимосвязи нарциссизма с поиском инструментальной или эмоциональной поддержки.

Исследование также показало, что в ситуации неизвестности при угрозе здоровью женщины склонные прибегать к поиску информации от других людей для решения ситуации, что подтверждается качественным анализом, где участницы указывали на приложенные усилия в поисках специалистов, готовых проконсультировать по вопросам доброкачественных новообразований и рисков осложнений развития рака молочной железы.

Список литературы

1. Битюцкая Е.В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания // Психологическая наука и образование. 2007. № 4. С. 87–93.
2. Нуркова В.В., Василевская К.Н. Автобиографическая память в трудной ситуации: новые феномены // Вопросы психологии. 2003. № 5. С. 95–102

3. Бурлачук Л. Ф., Михайлова Н. Б. К психо-логической теории ситуации // Психологический журнал. 2002. Т. 23. № 1.
4. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N.Y., 1984
5. Битюцкая Е. В., Опросник способов копинга: методическое пособие. М.: ИИУ МГОУ, 2015. – 80 с.
6. Greenglass E.R. Proactive coping. In E. Frydenberg (ed.) Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges. London: Oxford University Press, 2002, pp. 37–62
7. Белинская Е.П., Вечерин А.В., Агадуллина Е.Р. Опросник проактивного копинга: адаптация на неклинической выборке и прогностические возможности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 192–211.
8. Крюкова Т. Л. Человек как субъект совладающего поведения // Психологический журнал. 2008. Т. 29, № 2. С. 88–95
9. Золотова, И. А. Субъективное восприятие женщиной ситуации неопределенности, связанной с рождением ребенка с заболеванием / И. А. Золотова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2024. – Т. 24, № 1. – С.49-58.
10. Циринг Д.А., Пахомова Я.Н. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями на примере пациентов с раком молочной железы / Д.А. Циринга, Я.Н. Пахомова — № 78... —: Сибирский психологический журнал. , 2020 — С. 130–144. DOI: 10.17223/17267080/78/8 с.
11. Важенин А.В., Циринг Д.А., Я.Н. Пахомова, И.В. Пономарева, М.Н. Миронченко, А.И. Кузнецова Психологические факторы позднего обращения женщин с заболеванием раком молочной железы за специализированной медицинской помощью / — Том 69, № 1. —: Вопросы онкологии, 2023. — DOI 10.37469/0507-3758-2023-69-1-102-107
12. Сирота Н. А., Фетисов Б.А. Особенности совладающего поведения женщин больных раком молочной железы с внешне видимым послеоперационным дефектом и при его отсутствии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N 3 (5). – С. 7.
13. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы пациентов онкологической клиники // Бюллетень медицинских Интернетконференций. – 2011. – Т. 1, № 7. – С. 92-95.
14. Московченко Д.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: автореф. ... дисс. канд. психол. наук. – Москва, 2016. – 36 с
15. Махнач Л.М. Копинг-стратегии у онкологических пациентов с различной степенью эмоциональной дезадаптации [Текст] / Л.М. Махнач // Актуальные психологические исследования. 2010.
16. Красавцева Ю.В., Корнилова Т.В. Нарциссизм как “светлый” аспект в Темной Триаде // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. Р. 65–80.
17. Корнилова Т.В., Чигринова И.А. Стадии индивидуальной морали и принятие неопределенности в регуляции личностных выборов // Психологический журнал. 2012 Т. 33 № 2 С. 69–87.

References:

1. Bityutskaya E.V. Difficult life situation: criteria of cognitive evaluation // Psychological science and education. 2007. № 4. С. 87-93.
2. Nurkova V.V., Vasilevskaya K.N. Autobiographical memory in a difficult situation: new phenomena // Voprosy psichologii. 2003. № 5. С. 95-102
3. Burlachuk L.F., Mikhailova N.B. On the psychological theory of the situation // Psychological Journal. 2002. Т. 23. № 1.
4. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N.Y., 1984
5. Bityutskaya E.V., Questionnaire of methods of coping: methodological manual. M.: IIU MGU, 2015. – 80 с.
6. Greenglass E.R. Proactive coping. In E. Frydenberg (ed.) Beyond coping: Achieving goals, visions and challenges. London: Oxford University Press, 2002, pp. 37-62.
7. Belinskaya E.P., Vecherin A.V., Agadullina E.R. Proactive coping questionnaire: adaptation on a non-clinical sample and prognostic possibilities [Electronic resource] // Clinical and special psychology. 2018. Vol. 7. no. 3. С. 192-211.
8. Kryukova T. L. Man as a subject of coping behaviour // Psychological Journal. 2008. Т. 29, № 2. С. 88-95

9. Zolotova, I. A. Subjective perception by a woman of the situation of uncertainty associated with the birth of a child with a disease / I. A. Zolotova // Issues of mental health of children and adolescents. - 2024. - Т. 24, № 1. - С. 49-58.
10. Tsiringa, D.A.; Pakhomova, Y.N. Co-operative behaviour of women with oncological diseases on the example of patients with breast cancer / D.A. Tsiringa, Y.N. Pakhomova - 78. - : Siberian Psychological Journal. , 2020 - С. 130-144. DOI: 10.17223/17267080/78/8 c.
11. Vazhenin A.V., Tsiring D.A., Ya.N. Pakhomova, I.V. Ponomareva, M.N. Mironchenko, A.I. Kuznetsova Psychological factors of late application of women with breast cancer for specialised medical care / - Vol. 69, No. 1. - : Issues in oncology, 2023. - DOI 10.37469/0507-3758-2023-69-1-102-107
12. Sirota N. A., Fetisov B. A. Features of coping behaviour of women patients with breast cancer with an externally visible postoperative defect and in its absence // Clinical and medical psychology: research, training, practice: electronic scientific journal - 2014. - N 3 (5). - С. 7.
13. Rusina N.A. Adaptation resources of oncological clinic patients // Bulletin of medical Internet conferences. - 2011. - Т. 1, № 7. - С. 92-95.
14. Moskovchenko D.V. Co-adaptive behaviour of women with oncological diseases of the reproductive system: autoref. ... diss. kand. psychol. nauk. - Moscow, 2016. - 36 c
15. Makhnach L.M. Coping strategies in cancer patients with different degree of emotional maladaptation [Text] / L.M. Makhnach // Actual psychological studies. 2010.
16. Krasavtseva, Y.V.; Kornilova, T.V. Narcissism as a 'light' aspect in the Dark Triad // Counselling psychology and psychotherapy. 2019. Т. 27. № 4. P. 65-80.
17. Kornilova T.V., Chigrinova I.A. Stages of individual morality and acceptance of uncertainty in the regulation of personal choices // Psychological Journal. 2012 Т. 33 № 2 С. 69-87.

PERSONALITY TRAITS, COGNITIVE CHARACTERISTICS AND COPING STRATEGIES OF WOMEN WITH HEALTH THREATS

Goncharenko A.S.

E-mail: abramova1905@gmail.com.

Moscow Institute of Psychoanalysis, lecturer and postgraduate student, Department of Psychology of Aging, Moscow

Kuftyak E.V.

E-mail: kuftyakev@inpsycho.ru

Moscow Institute of Psychoanalysis, Doctor of Psychological Sciences, Head of the Department of Psychology of Aging and Family Counselling, Professor, Russian Academy of Psychoanalysis, Moscow

Abstract. The article presents the results of a pilot study aimed at establishing the relationships between women's personality traits, cognitive characteristics and coping strategies in the face of health threats, namely the development of breast cancer. The study involved 30 women with benign breast neoplasms who had been examined at the Loginov ICRC Mammology Centre in Moscow. All participants had higher education and children, 24 were married and 6 were divorced. Qualitative analysis revealed the following results: 26 women identified a difficult life situation in relation to health and examination at the mammology centre. In particular: 'it is difficult to be in the dark and wait for the results of the examination', 'removal of fibroadenoma', 'anxiety and accompanying fears, such as fear of death'. Four participants mentioned a difficult life situation regarding family and work. Questionnaire methods were used to obtain empirical data. SPSS 24 software (Spearman's correlation coefficient) was used to process and analyse the data obtained. Correlational analysis revealed strong positive correlations between active coping and narcissism on the Cheddock scale, and between instrumental support seeking and thought control. High correlations were also found between personality and cognitive traits such as sadism and thought control, openness to new experiences and cognitive failure, and psychopathy and positive beliefs. The correlations are significant at the 0.01 level.

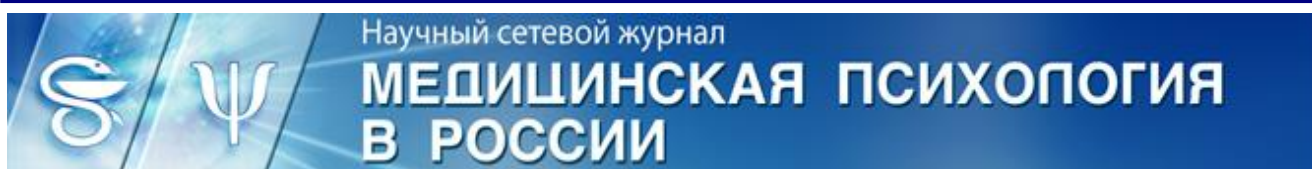
Key words: coping strategies; cognitive features; personality characteristics of women; benign neoplasms

For citation

Goncharenko A.S., Kuftyak E.V. Personality traits, cognitive characteristics and coping strategies of women with health threats. // Medical psychology in Russia: network scientific. Journal – 2024. – Т. 16, No. 4(85). – P. 2-9 – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 01.11.2024

Accepted for publication 01.11.2024.for all articles № 4(85) 2024



УДК 159.9

ПЛАНИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ, ОБРАЗ ЖИЗНИ И СТЕРЕОТИПЫ В СТРУКТУРЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СТАРЕНИИ У ВЗРОСЛЫХ

Крупина К. М., Петраш М. Д.
(Санкт-Петербург, Россия)



Крупина Кристина Михайловна

Аспирант, инженер-исследователь кафедры психологии развития и дифференциальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ)
199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7-9
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2963-611X>,
E-mail: st096533@student.spbu.ru



Петраш Марина Дмитриевна

Кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития и дифференциальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ)
199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7-9
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4542-7289>,
E-mail: m.petrash@spbu.ru

Аннотация

Исследование обусловлено необходимостью разработки способов улучшения качества жизни в период старения. Цель исследования: изучение параметров образа жизни в связи со стереотипами о здоровье в контексте старения. Выборка составила 139 человек в возрасте 45–68 лет, 23,7% – мужчины, 76,3% – женщины. Методики: опросник «The Ageing Perceptions Questionnaire» (APQ) (Barker et al., 2007); анкета «Здоровое старение. Модель путей показала вклад параметров образа жизни в представление о старении в части стереотипов о здоровье. Понимание вклада образа жизни в планирование здорового старения способствует осознанию связи между изменениями здоровья и старением через включение в образ жизни компонентов, направленных на укрепление здоровья, но это не исключает стереотип-зависимой связи между здоровьем и старением. Результаты свидетельствуют о необходимости коррекции стереотипных убеждений о старении посредством повышения осознанности образа жизни, то есть понимания ответственности за свою жизнь и планирования собственного будущего таким образом, чтобы компоненты, включенные в образ жизни, способствовали здоровому старению в будущем. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда

(РНФ) в рамках научного проекта «Футуризация старения как ресурс сохранения качества жизни в пожилом возрасте» (№ 22-28-00869).

Ключевые слова: стереотипы о старении в контексте здоровья; представление о старении; осознанный подход к образу жизни; качество жизни

Для цитаты Крупина К.М., Петраш М.Д. Планирование здорового старения, образ жизни и стереотипы в структуре представления о старении у взрослых. // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 4(85). – С.10-21 – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гggг).

Введение

Социально-демографическая ситуация, характеризующаяся постарением населения, обуславливает необходимость разработки способов улучшения качества жизни в период старения, и важным аспектом является здоровое функционирование пожилого человека. Отсутствие заболеваний и функциональных нарушений, связанных со старением, предполагает концепция здорового старения. Р. Батлер рассматривал здоровье как необходимое условие продуктивной деятельности и активной жизни, хотя существует возможность оставаться продуктивным даже в случае плохого здоровья. Низкая продуктивность, при этом, может быть связана с негативным восприятием старения и эйджизмом [1]. В настоящее время среди зарубежных и отечественных исследователей отмечается более частое обращение к изучению представления о старении у представителей пожилого возраста, что вполне целесообразно. Представления, по данным исследований, бывают разных модальностей, как негативных, так и позитивных. В пользу последних стоит отметить их конструктивное влияние на восприятие старения, проявляющееся в возможности контролировать свою жизнь и свое здоровье, используя накопленный опыт. Негативное восприятие старения связывают с сокращением социальной активности и деятельности, способствующей когнитивной стимуляции, в образе жизни [2]; и низкой активностью в поведении, направленном на укрепление здоровья [3].

Основываясь на данных о функционировании и конструировании продуктивного старения, следует говорить об актуальности изучения данной проблематики на более ранних возрастах. Это обусловлено тем, что представления о снижении психофизиологических функций в период старения могут формироваться раньше, через общение с пожилыми родителями, родственниками или другими людьми пожилого возраста. Таким образом, определяющим фактором для формирования восприятия старения и, следовательно, качества жизни может выступать представление о старении, которое координирует со стереотипами о здоровье [4, 5]. Под стереотипами о здоровье в контексте старения мы подразумеваем убежденность человека в том, что причина определенных изменений в состоянии здоровья заключается исключительно в старении. Ученые, занимающиеся проблемой данного периода, отмечают взаимосвязь такого рода стереотипов с ухудшением физического функционирования через интернализацию стереотипных убеждений [6]; то есть, они могут выступать факторами риска нарушений здоровья [7, 8, 9].

На основании обзора исследований, S. B. Roberts et al. приводят следующие заболевания, связанные со старением: саркопения (как утрата мышечной силы), истощение и остеопороз, связанные с риском падений и слабостью; нарушения когнитивных функций; проблемы со зрением; снижение слуха; диабет 2 типа, проблемы с сердечно-сосудистой системой и рак; проблемы, связанные со сном; проблемы мочеполовой системы и ЖКТ [10]. Однако, для функционирования важно и то, как воспринимает заболевание сам человек, который с определенного момента может начать рассматривать появляющиеся изменения в состоянии здоровья именно в контексте старения, то есть, идентифицировать их как «симптомы старения» [11, с. 207]. Двухлетнее исследование T. L. Stewart et al. на выборке респондентов от 80 лет показало: при наличии убеждений о том, что причина изменений в состоянии здоровья – это старение, человек в меньшей степени стремится заботиться о своем здоровье посредством определенного образа жизни, а риск смертности возрастает в 2 раза [12]. Следовательно, в зависимости от особенностей представления о старении, образ жизни может оказывать значительное влияние на функционирование человека.

Производной образа жизни является здоровый образ жизни [13]; предполагающий привычки, связанные с культурой питания, физической активностью, соблюдением режима отдыха и восстановления [14]. Механизмы образа жизни функционируют таким образом, что включенность некоторых его компонентов и их последствия могут быть взаимосвязаны. Например, питание – значимый фактор, определяющий здоровье мозга. По данным китайских исследований, сбалансированная система питания улучшает когнитивное функционирование

[15; 16]. Необходимо учитывать, что с возрастом на потребности в питании влияют различные физиологические и метаболические изменения организма. Ряд исследователей отмечают важность режима питания, предлагая обращать внимание на время первого и последнего приема пищи, учитывая тот факт, что интервалы между приемами связаны с силой мышц в пожилом возрасте [17]. Потеря мышц и слабость, при этом, могут способствовать когнитивным нарушениям [18].

Не менее важным компонентом здорового образа жизни в ключе здорового старения выступает сон. Согласно Pan Ch. et al., здоровый режим сна способен снизить риск психических заболеваний компенсаторно, даже несмотря на включенность в образ жизни других негативных факторов [19]. Заболевания сердечнососудистой системы координируют с храпом, нарколепсией, бессонницей. Высокая продолжительность сна (более 9 часов) повышает риск заболеваемости раком и летального исхода, в связи с этим [20]. Низкое качество сна исследователи связывают с наличием симптомов головокружения у взрослых и пожилых людей [21]. Бессонница в пожилом возрасте коррелирует с различными психическими заболеваниями, нарушением когнитивных способностей, болезнями сердечно-сосудистой, эндокринной систем [22].

Очевидно, что нездоровый образ жизни негативно сказывается на состоянии здоровья, в особенности при уже имеющихся заболеваниях, о чем свидетельствуют результаты различных исследований [23, 24, 25]. Например, процесс старения сопровождается изменениями в сердечнососудистой системе, что может провоцировать гипертонию. Однако, при сравнении влияния старения и ожирения, обнаруживается, что оба процесса оказывают схожее действие на морфологические изменения в сердце. Становится очевидным, что, стареющий организм, страдающий от ожирения, может испытывать более серьезные последствия для сердечнососудистой системы [24]. Важно отметить, что в этот процесс могут включаться и другие системы организма. Наличие гипертонии негативно влияет на головной мозг. Кроме того, с течением времени на здоровье мозга сказывается курение, низкая активность (т.е. сидячий образ жизни) и низкое качество сна. Все эти факторы вызывают стресс, накапливающий и нарушающий работу механизмов компенсационного восстановления мозга, что нарушает его структуру и функции [25]. Образ жизни взрослого человека, наполненный вредными привычками, при отсутствии культуры питания, физической и социальной активности способствует более быстрому старению мозга, особенно в старости [23].

Опираясь на вышеизложенное, следует отметить, что для снижения воздействия негативных факторов на различные системы организма, необходимо создать соответствующие условия посредством внесения коррективов в образ жизни. Значимость обозначенного требования усиливается тем, что здоровый образ жизни является духовно-нравственной ценностью безопасного существования человека. Ключевым аспектом, предшествующим конкретным действиям в обозначенном направлении, может являться осознание необходимости этих изменений. Так, исследователями СПбГУ показано, что при создании образа старости важную роль играют факторы сна и физической активности, однако, они вносят свой вклад преимущественно при осознанном подходе к образу жизни [26]. Осознанный образ жизни предполагает планирование жизненного пути, принятие ответственности за свою жизнь, способствует тому, чтобы человек задумывался о том, каким образом повлияет его текущее поведение на благополучие в будущем. Наша идея заключается в том, что для продуктивной старости, позитивного ее восприятия на более раннем жизненном этапе, существует возможность вносить коррективы в отношении негативных, стереотипных убеждений в отношении старения, которые в последующем отразятся на образе жизни человека. Позитивное восприятие старения, в свою очередь, оказывает благоприятный эффект для качественной оценки функционирования человека: способствует лучшей устойчивости, то есть, снижает риск падений у пожилых людей [27]; связано с ведением здорового образа жизни [28]. Получены данные о положительном влиянии позитивного восприятия старения на стрессоустойчивость, эмоциональное состояние, память [29]; здоровье и долголетие [30]; когнитивное функционирование [31; 32].

Подводя итог вышесказанному, следует отметить, что большое количество исследований в части изучения представлений о старении рассматривают данные аспекты в контексте самого периода старения. Несмотря на возросший интерес к исследуемой проблематике, а также наличие данных о влиянии образа жизни на восприятие старения у представителей обозначенного периода, необходимо изучать специфику взглядов на старение на более разных возрастных этапах, расширять понимание влияния стереотипов о старении на восприятие данного периода, потому что на возрастных этапах, предшествующих периоду

старения возможно внесение корректив в образ жизни и стереотипов о здоровье, связанных со старением, что в дальнейшем будет способствовать формированию более конструктивного представления о старении, повышению качества жизни, продуктивному старению.

Научная новизна нашего исследования заключается в анализе механизма стереотип-зависимой связи между здоровьем и старением, в рассмотрении осознанного образа жизни как фактора, детерминирующего особенности представления о старении в части стереотипов здоровья, связанных со старением в период взрослости, а также в изучении компонентов образа жизни, способствующих формированию представлений о старении.

Цель исследования заключалась в изучении подхода к образу жизни и его параметров в структуре стереотипов о старении, связанных со здоровьем параметров образа жизни в связи со стереотипами о здоровье в контексте старения.

Мы поставили следующие задачи:

1. Выделить факторы стереотипных представлений об изменениях в состоянии здоровья в контексте старения;
2. Определить выраженность стереотипных представлений об изменениях в состоянии здоровья в контексте старения в возрастных группах;
3. Определить вклад параметров образа жизни в представление о старении в части стереотипов о здоровье.

В качестве гипотезы мы выдвигаем предположения о том, что:

- 1). понимание вклада образа жизни в планирование здорового старения запускает механизм стереотип-зависимой связи между здоровьем и старением, а именно: способствует осмыслению того, что изменения в состоянии здоровья могут быть обусловлены не только старением, но и другими факторами, через включение в образ жизни компонентов, способствующих продуктивному старению;
- 2). уровень стереотип-зависимой связи повышается с возрастом.

Материалы и методы

Сбор данных для исследования осуществлялся в рамках проекта «Футуризация старения как ресурс сохранения качества жизни в пожилом возрасте». Выборка составила 139 человек в возрасте 45–68 лет, проживающих в разных районах Российской Федерации; в том числе 23,7% из них – мужчины, 76,3% – женщины.

Методики

1). Для изучения стереотипов о здоровье в контексте старения использовался второй блок опросника «The Ageing Perceptions Questionnaire» (APQ) [33], направленный на определение детерминирующей роли старения в жизни человека, которая показывает степень объяснения происходящих изменений со здоровьем исключительно процессом старения. Участникам предлагался список из 17 возможных изменений в состоянии здоровья, при использовании которого, они должны были ответить на 2 вопроса. Первый вопрос – связана ли каждая из предложенных проблем со старением; второй – является ли старение единственной причиной каждого из изменений. Результаты по этому блоку формируются в 2 шкалы: первая – «проявления старения» (показывает, видит ли человек связь между изменениями в состоянии здоровья и старением); вторая – «изменения, обусловленные старением», данная шкала выявляет склонность обуславливать изменения в здоровье исключительно фактором старения. Соотношение двух шкал позволяет определить детерминирующую роль старения, что предполагает значимую роль в изменениях в состоянии здоровья фактора старения.

2). Анкета «Здоровое старение». Аспекты, изучаемые при помощи анкеты, соответствуют факторам, способствующим здоровому старению, которые описывают зарубежные исследователи: а именно, отсутствие серьезных хронических заболеваний и ограничений при осуществлении повседневной деятельности, когнитивное функционирование и отсутствие «хрупкости» (включая слабость, усталость, медлительность и низкую активность) [34]. Вопросы анкеты позволили выявить аспекты образа жизни, способствующие здоровому старению или же наоборот: придерживается ли человек культуры питания, включает ли его образ жизни деятельность, способствующая когнитивной стимуляции, а также наличие хронических заболеваний, частота падений за последние 12 месяцев при ходьбе (промахи и скольжения, свидетельствующие о слабости, головокружении, неустойчивой походке, т.е. о нарушениях функционирования). Мы использовали представленные параметры для изучения особенностей образа жизни и функционирования человека с наличием у него стереотипов о здоровье в контексте старения.

Для определения подхода к образу жизни участникам был задан вопрос: «Задумываетесь ли Вы о том, что ваш образ жизни способствует тому, чтобы в старости Вы

могли чувствовать себя активным, позитивно относиться к жизни и не испытывать сожаление о своем возрасте?», с тремя вариантами ответа («задумываюсь», «периодически задумываюсь», «не думаю об этом»). Несмотря на возможную субъективность, полученные ответы можно рассматривать в качестве параметра, свидетельствующего об уровне осознанности образа жизни респондентов на момент исследования.

Методы математической статистики. Для сравнения выделенных параметров в возрастных группах мы использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Факторный анализ применялся для определения характера проблем, связанных со здоровьем. Метод «структурное моделирование», «модели пути» мы использовали для анализа структуры связей между изучаемыми параметрами.

Результаты и их обсуждение

Перед рассмотрением выраженности стереотипов о здоровье в контексте представления о старении, нами был факторизован второй блок опросника APQ, включающего перечень из 17 возможных изменений здоровья в контексте старения. В итоге получено 4 фактора: соматические проблемы; проблемы, связанные с передвижением; проблемы опорно-двигательного аппарата (ОДА); четвертый фактор - тревожность. Результаты факторного анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты факторного анализа

Изменения в состоянии здоровья	Факторы			
	Соматические проблемы	Проблемы, связанные с передвижением	Проблемы опорно-двигательного аппарата (ОДА)	Тревожность
Вес		,514		
Сон		,525		
Спина			,870	
Суставы			,715	
Передвижение		,530		
Потеря веса		,569		
Слабость	,453			
Замедление	,662			
Судороги		,666		
Кости и суставы	,413		,530	
Сердце	,486			
Слух	,698			
Зрение	,625			
Дыхание		,531		
Ноги	,450			
Депрессия				,563
Тревожность				,852
% дисперсии	34,438	11,157	7,904	6,583
КМО	0,847			

Примечание: КМО – критерий адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина

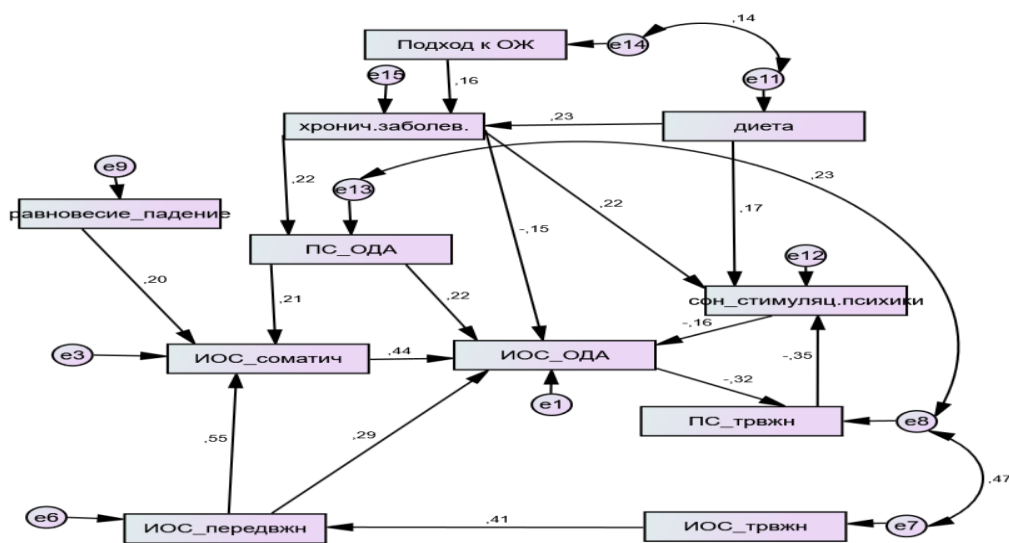
Мы изучили особенности представления о старении в возрастных группах при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), результаты представлены в таблице 2.

Сравнительный анализ параметров представления о старении

Название фактора	Группа 1 (40-55 лет)	Группа 2 (56-59 лет)	Группа 3 (60-68 лет)	F	p=
	m(sd)	m(sd)	m(sd)		
Соматические проблемы (проявления старения)	4,02 (2,03)	3,51 (2,06)	4,16 (1,85)	1,440	0,241
Соматические проблемы (изменения, обусловленные старением)	2,79 (2,31)	2,75 (2,1)	2,87 (2,08)	0,039	0,962
Передвижение (проявления старения)	3,0 (2,01)	2,22 (1,9)	3,07 (1,99)	2,646	0,075
Передвижение (изменения, обусловленные старением)	1,61 (1,88)	1,44 (1,73)	2,23 (1,88)	2,595	0,078
Проблемы опорно-двигательного аппарата (ОДА) (проявления старения)	2,30 (1,15)	2,02 (1,23)	2,18 (1,18)	0,607	0,546
Проблемы опорно-двигательного аппарата (ОДА) (изменения, обусловленные старением)	1,56 (1,43)	1,33 (1,33)	1,64 (1,26)	0,676	0,510
Тревожность (проявления старения)	0,77 (0,84)	0,53 (0,81)	0,65 (0,77)	0,896	0,411
Тревожность (изменения, обусловленные старением)	0,43 (0,72)	0,29 (0,63)	0,53 (0,81)	1,325	0,269

Различий по выделенным факторам в возрастных группах не выявлено. Отмечается статистически значимая тенденция по фактору «передвижение»: самые старшие участники нашего исследования (60-68 лет) в большей степени склонны видеть связь и обуславливать изменения, связанные с передвижением, старением.

Поскольку негативные стереотипы о здоровье в контексте старения могут иметь последствия для образа жизни человека (Stewart et al., 2012), для изучения структуры связей стереотипов о здоровье с параметрами «здорового старения», мы построили модель путей (рис. 1).



Хи-квадрат=34,069; df=36; p=.561; CFI=1,000; GFI=.985; RMSEA=.000; Pclose=.915

Рис. 1. Модель путей параметров здорового старения и стереотипов о здоровье в контексте старения

Примечания: Подход к ОЖ – подход к образу жизни; хронич. заболев – наличие хронических заболеваний; ПС_ОДА – проявления старения, опорно-двигательный аппарат; ИОС_ОДА – изменения, обусловленные старением, опорно-двигательный аппарат; ИОС_соматич – изменения, обусловленные старением, соматический компонент; ИОС_передвижн – изменения, обусловленные старением, связ. с трудностями передвижения; ПС_трвжн – проявления старения, тревожность ИОС_трвжн – изменения, обусловленные старением, тревожность.

Модель путей показывает, что параметр «подход к образу жизни» влияет на «хронические заболевания». Отсутствие хронических заболеваний обеспечивается культурой питания (диетой), далее данный механизм способствует улучшению сна и включению в образ жизнедеятельности, стимулирующей психику, что снижает детерминирующую роль старения в части проблем опорно-двигательного аппарата (ОДА), но не снижает стереотип-зависимой связи между старением и тревожностью.

На отсутствие хронических заболеваний оказывают влияние «подход к образу жизни» и культура питания. Этот механизм способствует улучшению сна, т.е. снижает детерминирующую роль старения в части проблем опорно-двигательного аппарата (ОДА), но не снижает стереотип-зависимой связи между старением и тревожностью. Снижение детерминирующей роли старения подразумевает осознание, что на здоровье могут влиять и другие факторы.

Отсутствие хронических заболеваний способствует пониманию связи проблем с опорно-двигательным аппаратом и старения, но не исключает и других факторов. При этом, понимание взаимосвязи между старением и изменениями ОДА способствует стереотипизации как соматических проблем, так и проблем ОДА непосредственно. При этом, устойчивость, проявляющаяся в равновесии и отсутствии падений, усиливает стереотипизацию соматических проблем, что также повышает детерминирующую роль старения в части ОДА.

Выявленная тенденция свидетельствует о том, что при более осознанном походе к образу жизни в его структуру включаются параметры, укрепляющие здоровье и способствующие пониманию связи между некоторыми изменениями здоровья со старением. Однако, отсутствие у респондентов хронических заболеваний и проблем с устойчивостью, равновесием не исключает убежденности в том, что некоторые изменения здоровья обусловлены исключительно старением.

Отсутствие хронических заболеваний способствует пониманию связи проблем с опорно-двигательным аппаратом и старения, но не исключает других факторов. Понимание взаимосвязи между старением и изменениями ОДА способствует стереотипизации как соматических проблем, так и проблем ОДА непосредственно. При этом устойчивость, проявляющаяся в равновесии и отсутствии падений, усиливает стереотипизацию соматических проблем, что также повышает детерминирующую роль старения в части ОДА.

Таким образом, при более осознанном походе к образу жизни в его структуру включаются параметры, укрепляющие здоровье и способствующие пониманию связи между некоторыми изменениями здоровья со старением. Однако, отсутствие проблем со здоровьем и устойчивостью не исключает стереотип-зависимой связи между здоровьем и старением. Критерии полученной модели находятся в допустимых пределах ($\chi^2=34,069$; $df=36$; $p=0,561$; $CFI=1,000$; $GFI=0,985$; $RMSEA=0,000$; $PCLOSE=0,915$).

К возможным ограничениям нашего исследования можно отнести небольшой объем выборки и неравное соотношение по полу. Тем не менее, наши результаты свидетельствуют о необходимости коррекции стереотипных убеждений о старении в контексте здоровья посредством повышения осознанности образа жизни, под чем мы подразумеваем понимание ответственности за свою жизнь и планирование собственного будущего таким образом, чтобы компоненты, включенные в структуру образа жизни, способствовали улучшению качества жизни и здоровому старению в будущем.

Заключение

В результате факторного анализа изменений здоровья в контексте старения выделено 4 фактора, касающихся изменений здоровья: соматический компонент, трудности передвижения, опорно-двигательный аппарат, тревожность.

Сравнительный анализ не показал различий в возрастных группах по выделенным факторам, но отмечается тенденция по фактору передвижения: самые старшие участники нашего исследования (60-68 лет) в большей степени склонны видеть связь и обуславливать старением изменения, связанные с передвижением.

Построенная модель путей позволила рассмотреть вклад параметров образа жизни в представление о старении в части стереотипов о здоровье. Таким образом, наша гипотеза

подтвердилась частично. Понимание вклада образа жизни в планирование здорового старения влияет на параметры образа жизни, имеющие отношение к здоровому старению, что способствует пониманию связи между некоторыми изменениями здоровья со старением. Однако, отсутствие проблем со здоровьем и устойчивостью не исключает стереотип-зависимой связи между здоровьем и старением.

Полученные результаты могут быть использованы в разработке программ для взрослого населения с целью коррекции стереотипных убеждений о старении в контексте здоровья через повышение осознанности и изменения структуры образа жизни. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта «Футуризация старения как ресурс сохранения качества жизни в пожилом возрасте» (№ 22-28-00869).

Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ, проект No 22-28-00869.

Список литературы

1. Holmerova I., Ferreira M., Wija P. Productive Ageing Conditions and Opportunities. A monograph. Publ.: Faculty of Humanities, Charles University in Prague and International Longevity Centre Czech Republic – Centre for Expertise in Longevity and Long-term Care Faculty of Humanities, Charles University in Prague. 2012. 104 p.
2. Robertson D.A., Kenny R.A. "I'm too old for that" — The association between negative perceptions of aging and disengagement in later life. *Personality and Individual Differences*. 2016; 100:114-119. doi: 10.1016/j.paid.2016.03.096.
3. Diehl D., Wahl H.-W. Self-perceptions of aging: A conceptual and empirical overview. *Current Opinion in Psychology*. 2024; 55. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101741.
4. Новоселов В.М. Страх старости и старения как психологическая проблема современного человека. Ученые записки Института психологии РАН. 2022; 2(4):36-44. doi: 10.38098/proceedings_2022_02_04_04.
5. Swift H. J., Ben Steeden B. Exploring representations of old age and ageing. Literature review. Centre for aging better. 2015. 62 p.
6. Robertson D.A., Savva G.M., King-Kallimanis B.L., Kenny R.A. Negative perceptions of aging and decline in walking speed: a self-fulfilling prophecy. *PLoS One*. 2015; 10(4). doi: 10.1371/journal.pone.0123260.
7. Deshayes M., Clément-Guillotin C., Chorin F., Guérin O., Zory R. «Not performing worse but feeling older» the negative effect of the induction of a negative aging stereotype. *Psychology of Sport and Exercise*. 2020; 51. doi: 10.1016/j.psychsport.2020.101793.
8. Brothers A., Kornadt A.E., Nehrkorn-Bailey A., Wahl H.-W., Diehl M. The Effects of Age Stereotypes on Physical and Mental Health Are Mediated by Self-perceptions of Aging. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2021; 76(5):845–857. doi: 10.1093/geronb/gbaa176.
9. Rothermund K., de Paula Couto M.C.P. Age stereotypes: Dimensions, origins, and consequences. *Current Opinion in Psychology*. 2024; 55:101747. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101747.
10. Roberts S.B., Silver R.E., Das S.K., Fielding R.A., Gilhooly C.H., Jacques P.F., Kelly J.M., Mason J.B., McKeown N.M., Reardon M.A., Rowan S., Saltzman E., Shukitt-Hale B., Smith C.E., Taylor A.A., Wu D., Zhang F.F., Panetta K., Booth S. Healthy Aging—Nutrition Matters: Start Early and Screen Often. *Advances in Nutrition*. 2021; 12(4):1438-1448. doi: 10.1093/advances/nmab032.
11. Лишаев С.А. К феноменологии старости // История. Семиотика. Культура: сборник материалов Всероссийской научной конференции с международным участием, Самара, 17–18 ноября 2017 года. Самара: Самарская гуманитарная академия, 2017, — С. 206-217.
12. Stewart T.L., Chipperfield J.G., Perry R.P., Weiner B. Attributing illness to 'old age:' Consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology & Health*. 2012; 27(8):881–897. doi: 10.1080/08870446.2011.630735.
13. Петраш М. Д., Муртазина И. Р. Понятие «здоровый образ жизни» в психологических исследованиях. Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018; 8(2): 152-165. doi: 10.21638/11701/spbu16.2018.204.
14. Leyton-Roman M., Mesquita S., Jiménez-Castuera R. Validation of the Spanish Healthy Lifestyle Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2021; 21(2). doi: 10.1016/j.ijchp.2021.100228.
15. Jia X., Su C., Du W., Zhang X., Wang L., Huang F., Bai J., Wei Y., Wang Z., Zhang B., Wang H. Association of Dietary Quality with Cognitive Function in Chinese Adults Aged 55 Years

- and Above: A Longitudinal Study. The Journal of nutrition, health and aging. 2023; 27(7):514-523. doi: 10.1007/s12603-023-1941-x.
16. Xinhong K.Ye., Sun L., Wang L., Yang Khoo A.L., Lim L.X., Lu G., Yu L., Li C., Maier A.B., Feng L. The role of lifestyle factors in cognitive health and dementia in oldest-old: A systematic review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2023; 152. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105286.
17. Shea M.K., Strath L., Kim M., Doan L.N., Booth S.L., Brinkley T.E., Kritchevsky S.B. Perspective: Promoting Healthy Aging through Nutrition: A Research Centers Collaborative Network Workshop Report. Advances in Nutrition. 2024; 15(4):100199. doi: 10.1016/j.advnut.2024.100199.
18. Chen L.-K. Aging, Body Composition, and Cognitive Decline: Shared and Unique Characteristics. The Journal of nutrition, health and aging. 2023; 27(11):929-931. doi: 10.1007/s12603-023-2022-x.
19. Pan Ch., Ye J., Wen Y., Chu X., Jia Y., Cheng B., Cheng S., Liu L., Yang X., Liang C., Wu C., Wang S., Wang X., Ning Y., Zhang F., Ma X. The associations between sleep behaviors, lifestyle factors, genetic risk and mental disorders: A cohort study of 402 290 UK Biobank participants. Psychiatry Research. 2022; 311: 114488. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114488.
20. Tao F., Cao Z., Jiang Y., Fan N., Xu F., Yang H., Li S., Zhang Y., Zhang X., Sun L., Wang Y. Associations of sleep duration and quality with incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: a prospective cohort study of 407,500 UK biobank participants. Sleep Medicine. 2021; 81:401-409. doi: 10.1016/j.sleep.2021.03.015.
21. Hoepel S.J.W., Jouvencel A., Linge A., Goedegebure A., Altena E., Luik A.I. Sleep and dizziness in middle-aged and elderly persons: A cross-sectional population-based study. Sleep Epidemiology. 2023; 3:100066. doi: 10.1016/j.sleep.2023.100066.
22. Мелехин А.И. Индивидуальные траектории субъективного возраста гериатрических пациентов и их взаимосвязи с качеством сна. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2018; 9(3): 331-352.
23. Franz C.E., Hatton S.N., Elman J.A., Warren T., Gillespie N.A., Whitsel N.A., Puckett O.K., Dale A.M., Eyler L.T., Fennema-Notestine C., Hagler D.J. Jr., Hauger R.L., McKenzie R., Neale M.C., Panizzon M.S., Pearce R.C., Reynolds C.A., Sanderson-Cimino M., Toomey R., Tu X.M., Williams M., Xian H., Lyons M.J., Kremen W.S. Lifestyle and the aging brain: interactive effects of modifiable lifestyle behaviors and cognitive ability in men from midlife to old age. Neurobiol Aging. 2021; 108:80-89. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2021.08.007.
24. Owesny P., Grune T. The link between obesity and aging - insights into cardiac energy metabolism. Mechanisms of Ageing and Development. 2023; 216:111870. doi: 10.1016/j.mad.2023.111870.
25. Sabayan B., Doyle S., Rost N.S., Sorond F.A., Lakshminarayan K., Launer L.J. The role of population-level preventive care for brain health in ageing. The Lancet Healthy Longevity. 2023; 4(6):e274-e283. doi: 10.1016/S2666-7568(23)00051-X.
26. Петраш М.Д., Стрижицкая О.Ю., Голубицкая Д.И., Кузьмина И.Г. Роль сна и физической активности в формировании желаемого образа жизни в старости. Актуальные проблемы клинической психологии: теоретические и прикладные аспекты диагностики и коррекции. Владивосток: Изд. «Эксперт-Наука», 2023. 267 с.
27. Zhang Z., Wang J., Ma B., Wang J., Jia Yu., Chen O. Positive Self-perceptions of Aging Increase Physical Resilience to Facilitate Social Re-engagement of Older Adults Who Fall: Analysis Based on Health and Retirement Study Data. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2023; 104(8):1253-1259. doi: 10.1016/j.apmr.2023.02.006.
28. Levy B.R., Myers L.M. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging Preventive Medicine. 2004; 39(3):625-629. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.02.029.
29. Jing Ch., Kangjia Zh., Weihai X., Qi W., Zongqing L., Yutong Zh. Does Inside Equal Outside? Relations Between Older Adults' Implicit and Explicit Aging Attitudes and Self-Esteem. Frontiers in Psychology. 2018; 9.
30. Westerhof G.J., Nehr Korn-Bailey A.M., Tseng H.-Y., Brothers A., Siebert J.S., Wurm S., Wahl H.-W., Diehl M. Longitudinal effects of subjective aging on health and longevity: An updated meta-analysis. Psychology and Aging. 2023; 38(3):147-166. doi: 10.1037/pag0000737.
31. Tully-Wilson C., Bojack R., Millear P.M., Stallman H.M., Allen A., Mason J. Self-Perceptions of Ageing: A Systematic Review of Longitudinal Studies. Psychology and Aging. 2021; 36:773-789. doi: 10.1037/pag0000638.
32. Mariano J., Marques S., Ramos M.R., Vries H. Cognitive functioning mediates the relationship between self-perceptions of aging and computer use behavior in late adulthood:

Evidence from two longitudinal studies. *Computers in Human Behavior*. 2021; 121. doi: 10.1016/j.chb.2021.106807.

33. Петраш М. Д., Стрижицкая О. Ю, Крупина К. М., Адаптация русскоязычной версии опросника "Восприятие старения" Aging Perceptions Questionnaire (APQ). Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2024; 14(2);223-240.

34. Ghisla V., Chocano-Bedoya P.O., Orav E.J., Abderhalden L.A., Sadlon A., Egli A., Krütfeldt J., Kanis J.A., Bischoff-Ferrari H.A. DO-HEALTH research group; Prospective Study of Ageing Trajectories in the European DO-HEALTH Study. *Gerontology*. 2023; 69(1):57–64. doi: 10.1159/000523923.

References

1. Holmerova I., Ferreira M., Wija P. Productive Ageing Conditions and Opportunities. A monograph. Publ.: Faculty of Humanities, Charles University in Prague and International Longevity Centre Czech Republic – Centre for Expertise in Longevity and Long-term Care Faculty of Humanities, Charles University in Prague. 2012. 104 p.

2. Robertson D.A., Kenny R.A. "I'm too old for that" — The association between negative perceptions of aging and disengagement in later life. *Personality and Individual Differences*. 2016; 100:114-119. doi: 10.1016/j.paid.2016.03.096.

3. Diehl D., Wahl H.-W. Self-perceptions of aging: A conceptual and empirical overview. *Current Opinion in Psychology*. 2024; 55. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101741.

4. Novoselov V.M. Fear of old age and aging as a psychological problem of modern man. *Ucheny'e zapiski Instituta psixologii RAN*. 2022; 2(4):36-44. doi: 10.38098/proceedings_2022_02_04_04. (in Russian).

5. Swift H. J., Ben Steeden B. Exploring representations of old age and ageing. Literature review // Centre for aging better. 2015. 62 p.

6. Robertson D.A., Savva G.M., King-Kallimanis B.L., Kenny R.A. Negative perceptions of aging and decline in walking speed: a self-fulfilling prophecy. *PLoS One*. 2015; 10(4). doi: 10.1371/journal.pone.0123260.

7. Deshayes M., Clément-Guillotin C., Chorin F., Guérin O., Zory R. «Not performing worse but feeling older» the negative effect of the induction of a negative aging stereotype. *Psychology of Sport and Exercise*. 2020; 51. doi: 10.1016/j.psychsport.2020.101793.

8. Brothers A., Kornadt A.E., Nehrkorn-Bailey A., Wahl H.-W., Diehl M. The Effects of Age Stereotypes on Physical and Mental Health Are Mediated by Self-perceptions of Aging. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2021; 76(5):845–857. doi: 10.1093/geronb/gbaa176.

9. Rothermund K., de Paula Couto M.C.P. Age stereotypes: Dimensions, origins, and consequences. *Current Opinion in Psychology*. 2024; 55:101747. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101747.

10. Roberts S.B., Silver R.E., Das S.K., Fielding R.A., Gilhooly C.H., Jacques P.F., Kelly J.M., Mason J.B., McKeown N.M., Reardon M.A., Rowan S., Saltzman E., Shukitt-Hale B., Smith C.E., Taylor A.A., Wu D., Zhang F.F., Panetta K., Booth S. Healthy Aging—Nutrition Matters: Start Early and Screen Often. *Advances in Nutrition*. 2021; 12(4):1438-1448. doi: 10.1093/advances/nmab032.

11. Lishaev S.A. Towards the Phenomenology of Old Age. History. Semiotics. Culture: collection of materials from the All-Russian scientific conference with international participation, Samara, 2017. P. 206-217. (in Russian).

12. Stewart T.L., Chipperfield J.G., Perry R.P., Weiner B. Attributing illness to 'old age:' Consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology & Health*. 2012; 27(8):881–897. doi: 10.1080/08870446.2011.630735.

13. Petrash M.D., Murtazina I.R. The definition of "healthy lifestyle" in psychological research. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psixologiya i pedagogika*. 2018; 8(2): 152-165. doi: 10.21638/11701/spbu16.2018.204. (in Russian).

14. Leyton-Roman M., Mesquita S., Jiménez-Castuera R. Validation of the Spanish Healthy Lifestyle Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2021; 21(2). doi: 10.1016/j.ijchp.2021.100228.

15. Jia X., Su C., Du W., Zhang X., Wang L., Huang F., Bai J., Wei Y., Wang Z., Zhang B., Wang H. Association of Dietary Quality with Cognitive Function in Chinese Adults Aged 55 Years and Above: A Longitudinal Study. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2023; 27(7):514-523. doi: 10.1007/s12603-023-1941-x.

16. Xinhong K. Ye., Sun L., Wang L., Yang Khoo A. L., Lim L. X., Lu G., Yu L., Li C., Maier A.B., Feng L. The role of lifestyle factors in cognitive health and dementia in oldest-old: A

- systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2023; 152. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105286.
17. Shea M.K., Strath L., Kim M., Doan L.N., Booth S.L., Brinkley T.E., Kritchevsky S.B. Perspective: Promoting Healthy Aging through Nutrition: A Research Centers Collaborative Network Workshop Report. *Advances in Nutrition*. 2024; 15(4): 100199. doi: 10.1016/j.advnut.2024.100199.
18. Chen L.-K. Aging, Body Composition, and Cognitive Decline: Shared and Unique Characteristics. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2023; 27(11):929-931. doi: 10.1007/s12603-023-2022-x.
19. Pan Ch., Ye J., Wen Y., Chu X., Jia Y., Cheng B., Cheng S., Liu L., Yang X., Liang C., Wu C., Wang S., Wang X., Ning Y., Zhang F., Ma X. The associations between sleep behaviors, lifestyle factors, genetic risk and mental disorders: A cohort study of 402 290 UK Biobank participants. *Psychiatry Research*. 2022; 311: 114488. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114488.
20. Tao F., Cao Z., Jiang Y., Fan N., Xu F., Yang H., Li S., Zhang Y., Zhang X., Sun L., Wang Y. Associations of sleep duration and quality with incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: a prospective cohort study of 407,500 UK biobank participants. *Sleep Medicine*. 2021; 81:401-409. doi: 10.1016/j.sleep.2021.03.015.
21. Hoepel S.J.W., Jouvencel A., Linge A., Goedegebure A., Altena E., Luik A.I. Sleep and dizziness in middle-aged and elderly persons: A cross-sectional population-based study. *Sleep Epidemiology*. 2023; 3:100066. doi: 10.1016/j.sleep.2023.100066.
22. Melehin A.I. Individual trajectory of subjective age of geriatric patients and their relationship with sleep quality. *Psixiatriya, psixoterapiya i klinicheskaya psixologiya*. 2018; 9(3): 331-352. (in Russian).
23. Franz C.E., Hatton S.N., Elman J.A., Warren T., Gillespie N.A., Whitsel N.A., Puckett O.K., Dale A.M., Eyer L.T., Fennema-Notestine C., Hagler D.J. Jr., Hauger R.L., McKenzie R., Neale M.C., Panizzon M.S., Pearce R.C., Reynolds C.A., Sanderson-Cimino M., Toomey R., Tu X.M., Williams M., Xian H., Lyons M.J., Kremen W.S. Lifestyle and the aging brain: interactive effects of modifiable lifestyle behaviors and cognitive ability in men from midlife to old age. *Neurobiol Aging*. 2021; 108:80-89. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2021.08.007.
24. Owseny P., Grune T. The link between obesity and aging - insights into cardiac energy metabolism. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2023; 216:111870. doi: 10.1016/j.mad.2023.111870.
25. Sabayan B., Doyle S., Rost N.S., Sorond F.A., Lakshminarayan K., Launer L.J. The role of population-level preventive care for brain health in ageing. *The Lancet Healthy Longevity*. 2023; 4(6):e274-e283. doi: 10.1016/S2666-7568(23)00051-X.
26. Petrash M.D., Strizhiczskaya O.Yu., Golubiczkaya D.I., Kuzmina I.G. The Role of Sleep and Physical Activity in Shaping Desired Lifestyle in Old Age. *Aktual'ny'e problemy` klinicheskoy psixologii: teoreticheskie i prikladny'e aspekty` diagnostiki i korrekcii*. Vladivostok, E`kspert-Nauka, 2023. 267 p. (in Russian).
27. Zhang Z., Wang J., Ma B., Wang J., Jia Yu., Chen O. Positive Self-perceptions of Aging Increase Physical Resilience to Facilitate Social Re-engagement of Older Adults Who Fall: Analysis Based on Health and Retirement Study Data. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2023; 104(8):1253-1259. doi: 10.1016/j.apmr.2023.02.006.
28. Levy B.R., Myers L.M. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*. 2004; 39(3):625-629. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.02.029.
29. Jing Ch., Kangjia Zh., Weihai X., Qi W., Zongqing L., Yutong Zh. Does Inside Equal Outside? Relations Between Older Adults' Implicit and Explicit Aging Attitudes and Self-Esteem. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9.
30. Westerhof G.J., Nehr Korn-Bailey A.M., Tseng H.-Y., Brothers A., Siebert J.S., Wurm S., Wahl H.-W., Diehl M. Longitudinal effects of subjective aging on health and longevity: An updated meta-analysis. *Psychology and Aging*. 2023; 38(3):147-166. doi: 10.1037/pag0000737.
31. Tully-Wilson C., Bojack R., Milleer P.M., Stallman H.M., Allen A., Mason J. Self-Perceptions of Ageing: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Psychology and Aging*. 2021; 36:773-789. doi: 10.1037/pag0000638.
32. Mariano J., Marques S., Ramos M.R., Vries H. Cognitive functioning mediates the relationship between self-perceptions of aging and computer use behavior in late adulthood: Evidence from two longitudinal studies. *Computers in Human Behavior*. 2021; 121. doi: 10.1016/j.chb.2021.106807.

33. Petrash M.D., Strizhiczka O.Yu, Krupina K.M. Adaptation of the Russian version of the questionnaire "Perception of Aging" Aging Perceptions Questionnaire (APQ). Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psixologiya. 2024; 14(2); 223-240. (in Russian).

34. Ghisla V., Chocano-Bedoya P.O., Orav E.J., Abderhalden L.A., Sadlon A., Egli A., Krützfeldt J., Kanis J.A., Bischoff-Ferrari H.A. DO-HEALTH research group; Prospective Study of Ageing Trajectories in the European DO-HEALTH Study. Gerontology. 2023; 69(1):57-64. doi: 10.1159/000523923.

HEALTHY AGING PLANNING, LIFESTYLE AND STEREOTYPES IN THE STRUCTURE OF REPRESENTATION OF AGING IN ADULTS

Krupina K. M.

E-mail: st096533@student.spbu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2963-611X>

Petrash M. D.

E-mail: m.petrash@spbu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4542-7289>

Department of Developmental Psychology and Differential Psychology, St Petersburg State University, 7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

Abstract. The study was motivated by the need to develop methods for improving the quality of life during aging. The objective of the investigate was to examine lifestyle parameters in relation to health stereotypes in the context of aging. The sample included 139 people aged 45–68 years, 23.7% men and 76.3% women. Methods: The Ageing Perceptions Questionnaire (APQ) (Barker et al., 2007); the Healthy Aging questionnaire. The path model showed the contribution of lifestyle parameters to the repreaentation of aging in terms of health stereotypes. A conscious approach to lifestyle helps to understand the relationship between health changes and aging by including health-promoting components in the lifestyle, but this does not exclude the stereotype-dependent relationship between health and aging. The results indicate the need to correct stereotypical beliefs about aging by increasing lifestyle awareness, that is, understanding responsibility for one's life and planning one's future in such a way that the components included in the lifestyle contribute to healthy aging in the future. The study was carried out with the financial support of the Russian Science Foundation (RSF) within the framework of the scientific project "Futurization of Aging as a Resource for Maintaining the Quality of Life in Old Age" (No. 22-28-00869).

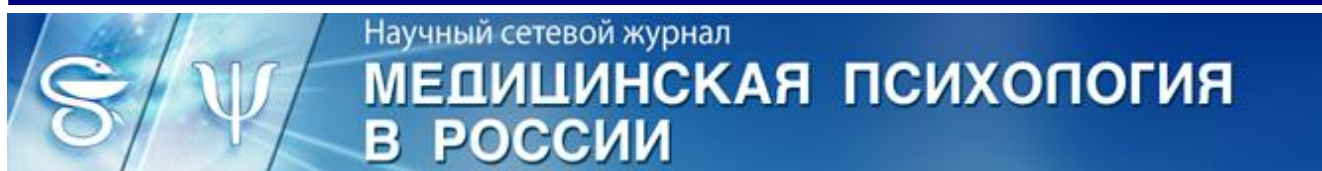
Key words: stereotypes about aging in the context of health; representation of aging; awareness approach to lifestyle; quality of life

For citation

Krupina K.M., Petrash M.D. Healthy aging planning, lifestyle and stereotypes in the structure of representation of aging in adults. // Medical Psychology in Russia: Network Scientific. Zhurn. - 2024. - Vol. 16, No. 4(85). - P. 10-21. URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 01.11.2024

Accepted for publication 01.11.2024 for all articles № 4(85) 2024



УДК 376.4

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Фесенко Ю.А., Романовская М.В, Бычковский Д.А. (Санкт - Петербург, Россия)



Фесенко Юрий Анатольевич

Доктор медицинских наук, зам. главного врача, СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина»;
профессор кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0512-936X>
E-mail: yaf1960@mail.ru



Романовская Марина Владимировна

Кандидат психологических наук, главный врач Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (СПб ГКУЗ ЦВЛ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
https://orcid.org/000199_000009_002663433
E-mail: m1901rom@yandex.ru



Бычковский Дмитрий Александрович

Клинический психолог
Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (СПб ГКУЗ ЦВЛ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
E-mail: dmitry_ab@yandex.ru

Аннотация.

Статья посвящена организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью, имеющих психические нарушения, с учетом медицинских аспектов проблемы. Освещена проблема школьной дезадаптации учеников с клинической и психолого-педагогической точек зрения.

В представленной научной работе авторы описывают основные проблемы обучающихся: нарушения формирования школьных навыков, ГРДВ (гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания или СДВГ – в медицинской практике), аутизм, нарушения поведения, вызывающее оппозиционное расстройство. Подробно освещены виды коррекционной и консультационной, лечебной помощи при этих видах психопатологии.

Авторы настаивают на том, что оптимальное обучение данной категории детей возможно только при условии комплексного подхода в диагностике и медико-психолого-педагогическом сопровождении, оказании своевременных лечебных и коррекционных воздействий.

Ключевые слова: ребенок с ограниченными возможностями здоровья, психические нарушения, медико-психолого-педагогическом сопровождении.

Для цитаты Фесенко Ю.А., Романовская М.В, Бычковский Д.А. Медицинские аспекты психолого-педагогического сопровождения обучающихся с психическими нарушениями и ограниченными возможностями здоровья. // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 4(85). – С. 22-34 – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гггг).

Введение.

Актуальность проблемы медико-психолого-педагогического сопровождения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в школьных учреждениях, обусловлена значительным количеством детей, требующих подбора оптимального вида программы обучения, особых условий, в части случаев – надомной формы обучения, психокоррекционных, лечебных, логопедических вмешательств. На данный момент в Санкт-Петербурге наблюдаются у психиатра 282654 ребенка (статистика 2023 года), что составляет около 3% всего количества детей в городе. Несмотря на кажущийся небольшой процент наблюдающихся детей, школьников, имеющих проблемы в обучении, значительно больше. Многие родители выбирают домашнюю форму обучения, оформляют основание для индивидуального обучения в школе, обосновывая свое решение неврологическими или соматическими нарушениями здоровья их ребенка или, в конце концов, обращаются к психиатрам, когда школьные проблемы приобретают «клинический оттенок».

С первых дней обучения родители или педагоги отмечают низкий уровень усвоения образовательной программы для части детей, имеющих задержку психологического развития, речевые проблемы, нарушения формирования школьных навыков. К проблемам когнитивного характера присоединяются поведенческие в виде протеста, отказов от посещения школы, и эмоционального характера (широкий спектр тревожных расстройств, невротоподобных и преневротических форм реагирования на стресс).

В части случаев проблемы возникают на уровне адаптации к условиям учебной среды (астенизированные дети, дети со сложным поведением, с гиперактивностью и дефицитом внимания (СДВГ или ГРДВ), коммуникативными нарушениями, тревожными расстройствами, аутистическими расстройствами). Специалисты, работающие в области школьных проблем, единодушно отмечают рост количества учащихся со «школьной дезадаптацией» (в некоторых случаях количество таких учащихся, по разным данным, составляет от 31,6% до 76,9% от общего числа всех учащихся) (Э.М. Александровская, Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова, И.А. Коробейников и др.).

Существующие определения школьной дезадаптации (ШД) достаточно разнообразны и, как правило, связаны с одним из аспектов этого мультифакторного состояния. Не являясь диагностической категорией, ШД как таковая нередко выпадает из поля внимания клиницистов, воспринимается ими как «естественное» следствие психических расстройств вообще и клинических феноменов, в частности.

Обзор.

В сугубо клиническом контексте истоки ШД условно можно разделить на несколько групп:

- 1.интеллектуально-мнестические расстройства (церебрастенические, психоорганические, умственная отсталость);
- 2.расстройства мышления («астеническая несостоятельность», аутистическое мышление, патологическое фантазирование сверхценные увлечения и т. п.);
- 3.эмоциональные нарушения (страх, тревога, депрессия);
- 4.волевые расстройства (нарушение мотивации, снижение психического напряжения, расстройство целенаправленного внимания);
- 5.личностные расстройства (патохарактерологические реакции, психопатизация) [1].

Проблема школьной дезадаптации детей и подростков является комплексной, привлекает внимание педагогов, психологов, социальных работников, психиатров, сотрудников правоохранительной системы. В последние годы практически все специалисты отмечают увеличение числа детей и подростков, у которых наблюдаются разнообразные трудности, проявляющиеся в процессе обучения. Основными симптомами школьной дезадаптации являются: школьная неуспеваемость, нарушение эмоционально-личностного отношения к обучению, к учителям, сверстникам, к личностной перспективе и школьная тревожность [2].

Практически все работы, посвященные школьной дезадаптации, акцентируют внимание на причинах ее возникновения и закрепления, так как именно они определяют не только «мишени» психолого-педагогических воздействий, но и позволяют осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку. К причинам школьной дезадаптации некоторые авторы относят подростковый стресс, который связан с возрастными особенностями и проявляется в беспокойном сне, отсутствии чувства отдыха после пробуждения, в трудности сосредоточения на учебном материале, в отсутствии терпения в несложной психологической ситуации, в конфликтности со сверстниками, в жалобах на частые головные боли и т.д. [3]. Другие авторы основной причиной школьной дезадаптации считают психологическую зависимость от определенного педагога, которая, в частности, характеризуется потребностью ребенка в систематическом взаимодействии с ним и создает чувство защищенности, повышает самооценку и т.д. [4]. В то же время, психологическая зависимость от педагога может достигать патологического уровня, препятствовать развитию учащегося, отражаться на включенности в школьную жизнь. Третьи авторы предлагают к рассмотрению целый ряд причин школьной дезадаптации, куда относят родительское отношение, неготовность к школе, леворукость, инфантилизм, недостаточную произвольность психических функций и т.д. [5, 6]. Обращает на себя внимание то, что подавляющее большинство научных публикаций анализируют школьную дезадаптацию с психолого-педагогических позиций, тогда как медицинский аспект встречается гораздо реже [7].

В группу риска по школьной дезадаптации попадают дети, в анамнезе у которых имеются резидуальная органическая патология ЦНС и неблагоприятные социокультурные условия, предшествующие школьному периоду. Риск дезадаптации ребенка повышается в определенные кризисные моменты: во время поступления ребенка в школу; в период перехода из начальной школы в среднюю. Объективно это совпадает с появлением новой ведущей деятельности, а также – и в связи с психофизическими особенностями формирующегося организма подростка. Важную роль в школьной адаптации и ее нарушениях играет личность ребенка со своими индивидуальными и возрастными-психологическими проявлениями.

Подробнее остановимся на наиболее частых проблемах школьного возраста.

1. Нарушения формирования школьных навыков:

Дислексия – стойкое нарушение формирования навыка чтения, выражающееся в неузнавании букв, трудностях соотнесения графического изображения буквы («графемы») с соответствующим звуком («фонемой») или ее произнесением («артикулем»). Дефекты чтения проявляются в замедленном или ускоренном темпе чтения, одновременно могут быть замены, перестановки букв, слогов, сокращение слоговой структуры слова, неверное ударение и др. Различают: фонематическую, семантическую, мнестическую и оптическую дислексию.

Дисграфия – стойкое нарушение навыков письма, проявляющееся в виде трудностей соотнесения звуков устной речи с их графическим изображением, сложностями перекодировки печатного и письменного изображения букв при списывании. Характерными ошибками являются замены букв по сходству их произношения или графического изображения, пропуски гласных, согласных и слогов, их перестановки, слитное написание слов в предложении, расчленение целого слова, зеркальное написание букв. Различают: артикуляторно-акустическую, акустическую и оптическую дисграфии.

Алалия. Отсутствие речи (а – частица отрицания, и лалия – речь, лат.). Это один из наиболее тяжелых дефектов речи у детей с сохраненным слухом, артикуляционным аппаратом и имеющих нормальное интеллектуальное развитие.

Причинами нарушения формирования речи в этом случае являются поражения головного мозга разного генеза (происхождения), чаще всего, полученные в процессе внутриутробного развития, во время родовой деятельности или в результате осложнений от перенесенных заболеваний (менингоэнцефалит, грипп, краснуха и т.п.). Нередкими

причинами являются также и травмы головы, полученные маленьким ребенком, даже без видимых симптомов сотрясения головного мозга.

Различают моторную и сенсорную алалию. Первая возникает значительно чаще и проявляется в нарушениях непосредственно экспрессивной (выразительной, высказывательной) речи, т.е. в резком снижении возможностей активного общения ребенка посредством речи, от него исходящей. При сенсорной алалии нарушается восприятие и понимание речи при сохраненном слухе, т.е. нарушена импрессивная сторона речи. При моторной алалии могут проявляться разные уровни нарушения речи, от полного ее отсутствия до развитой фразовой речи с выраженными элементами грамматического и фонематического недоразвития.

2. ГРДВ (гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания; СДВГ – в медицинской практике) включает детей, у которых наблюдаются постоянные и несоответствующие их возрасту симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Клиническую картину ГРДВ составляют избыточная двигательная активность, импульсивность поведения, нарушения когнитивных функций и двигательная неловкость. У них отмечается недостаточность организации, программирования и контроля психической деятельности, что указывает на важную роль дисфункции префронтальных отделов больших полушарий головного мозга в генезе ГРДВ. Часто гиперкинетическое расстройство сочетается с речевыми нарушениями и расстройством формирования школьных навыков.

По данным одного из исследований (обследованы ученики начальной школы в возрасте 6-8 лет) установлено, что в дошкольный период развития у большей части обследуемых были выявлены следующие факторы риска, характеризующие особенности кризиса переходного периода:

- выраженная психомоторная расторможенность;
- трудность выработки у ребенка тормозных реакций и запретов, адекватных возрасту форм поведения (трудности организации поведения даже в пределах подвижных игр);
- такие особенности личностной незрелости, как склонность к неискренности (лжи), примитивным вымыслам, используемым для наиболее легкого выхода из затруднительных и конфликтных ситуаций; повышенная внушаемость неправильным формам поведения, отражающая реакции имитации отклонений поведения сверстников, более старших детей, либо взрослых;
- инфантильные истероидные проявления с двигательными разрядами, громким и настойчивым плачем и криком;
- импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, обуславливающие ссоры и драки, возникающие по незначительному поводу;
- реакции упрямого неподчинения и негативизма с озлобленностью, агрессией в ответ на наказание, замечания, запреты; энурез, побеги, как реакция активного протеста.

Личностные особенности поведения младших школьников нередко выступали одним из факторов, осложняющих их социальную адаптацию. Среди психических особенностей данного возраста, влияющих на проявление школьной дезадаптации, можно выделить следующие:

- сохранение инфантильности суждений, крайняя зависимость от ситуации с неспособностью активно воздействовать на нее, склонность ухода от трудных ситуаций, слабость реакции на порицание. Невыраженность собственных волевых установок, слабость функций самоконтроля и саморегуляции как проявление несформированности основных предпосылок пубертатного возраста;
- некоррегируемость поведения, обусловленная сочетанием инфантильности с аффективной возбудимостью, импульсивностью;
- раннее проявление влечений (например, у девочек – истериформная окраска поведения, а у мальчиков – склонность к алкоголизации, агрессии, бродяжничеству);
- переориентация интересов на внешкольное окружение» [8].

Основные проблемы, связанные с этим синдромом: проблемы поведения (например, оппозиционное поведение, ложь, воровство и драки); академическая неуспеваемость; специфические трудности обучения и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. При этом наиболее типичными школьными проблемами являются: нарушения общественного порядка, низкая степень понимания учебных заданий и освоения материала, отсутствие завершения начатых дел и тщательного выполнения работы в классе, плохие результаты выполнения домашних работ, тестов и долгосрочных заданий, трудности во взаимоотношениях с учителями [9].

3. Аутизм. В современных диагностических справочниках термина «аутизм» стараются избегать ввиду некоторой его неопределенности. Диагностическую путаницу усугубило

нелегитимное использование термина РАС (расстройство аутистического спектра), появившегося несколько лет назад, которым пытаются заменить классический диагноз: РДА (ранний детский аутизм), основные клинические проявления которого давно описаны классиками детской психиатрии: ребенок с аутизмом не только не стремится к общению с другими детьми, но тщательно избегает его, как избегает и общения со взрослыми, даже самыми близкими. Ребенок погружается в мир собственных переживаний, уходит от действительности, теряет внешнюю выразительность в проявлении чувств и эмоций. Появляется четко выраженное стремление избавиться от всяких внешних воздействий, в том числе и от положительных (такое поведение резко отличает этих больных от других с органическими поражениями мозга и умственной отсталостью) [10].

В принятой в начале 2022 года новой классификации МКБ-11 (ICD-11) термин РАС обрел официальный статус (но не в России, где введение в действие МКБ-11 отложено на неопределенный срок). В Главе 06: Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития РАС помещены в диагностическую рубрику 6A02, в подрубриках которой оказались расстройства аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с легким нарушением речевой функции и без него (6A02.0); с нарушением интеллектуального развития и с легким нарушением речевой функции и без него (6A02.1); без нарушения интеллектуального развития и с нарушением речевой функции (6A02.2); с нарушением интеллектуального развития и с нарушением речевой функции (6A02.3); с нарушением интеллектуального развития и с отсутствием речевой функции (6A02.4). При этом, истинный детский аутизм (РДА) в классификации отсутствует.

Основные нарушения при аутизме: навыки социального общения могут варьироваться от отчужденного, пассивного стиля поведения до активного, но странного; социальное эмоциональное когнитивное понимание также варьируется, например, способности интерпретировать и выражать невербальную и вербальную социальную коммуникацию, даже у тех, кто имеет хорошие вербальные способности, существенно ограничены; повторяющиеся паттерны поведения или интересов могут включать повторяющиеся двигательные движения, такие как раскачивание тела и взмахи руками; сложное компульсивное поведение или озабоченность конкретными когнитивными темами, а также устойчивость к изменениям в распорядке дня. Хотя это и не считается основным признаком, интеллектуальные способности у детей-аутистов различаются, и до 40% их имеют умственную отсталость [11].

Дети с аутизмом испытывают трудности с пониманием источника мыслей, чувств и поведения самого себя и других, создают сложности в решении социальных проблем и социальных взаимодействиях.

Цели лечения часто должны касаться сопутствующих психических расстройств, которые могут включать депрессию, тревогу, обсессивно-компульсивное расстройство и биполярное расстройство. Сообщается, что тревога и депрессия являются наиболее часто встречающимися вторичными состояниями. Исследования показывают, что процент молодежи с сопутствующей тревожностью может варьироваться от 39% до 56%, а депрессия - от 10% до 44% [12].

Для аутизма характерно неадаптивное поведение, связанное с основными нарушениями социального общения и ограниченным или повторяющимся поведением. Проблемное поведение выполняет различные функции, такие как утверждение контроля над своим окружением или передача боли, неприязни, разочарований и отказов [13].

4. Нарушения поведения, вызывающее оппозиционное расстройство.

Проблемы с поведением и антисоциальное поведение – это термины, используемые для описания широкого спектра несоответствующих возрасту действий и установок ребенка, которые нарушают семейные ожидания, социальные нормы и личные или имущественные права других [14].

Вызывающее оппозиционное расстройство в МКБ-10 отнесено к рубрике «Расстройства поведения». Диагностируется у детей младшего, среднего школьного возраста, качественно отличается от аффективных и психотических нарушений. Центральным симптомом – оппозиция, противостояние взрослым. Жестокость, насилие, воровство, поджоги при этом отсутствуют. До пубертатного периода расстройство преобладает среди мальчиков. Чаще в три раза, чем в общей популяции, оно диагностируется у детей с СДВГ.

Школьники испытывают проблемы с контролем своих эмоций и поведения. Большинство детей с проблемами поведения демонстрируют диверсификацию – со временем они добавляют новые формы антисоциального поведения, а не просто заменяют старые модели поведения. Плохие социальные навыки и социально-когнитивный дефицит часто сопровождают раннее оппозиционное и агрессивное поведение, предрасполагая ребенка к

плохим отношениям со сверстниками, отвержению сверстниками, социальной изоляции и замкнутости. Когда ребенок поступает в школу, импульсивность и проблемы с вниманием могут привести к трудностям с чтением и неуспеваемости в учебе. Скрытые проблемы с поведением, такие как прогулы или употребление психоактивных веществ, также начинают проявляться в начальной школе и усиливаются в раннем подростковом возрасте. Наряду с биологическими предпосылками (свойства темперамента) и факторами возможного социального неблагополучия (жесткого стиля воспитания, семейно-педагогической запущенности, отвержения родителями), современные исследователи выделяют неразвитость социально-когнитивных способностей в основе модели для асоциального поведения [15].

Социально-когнитивные способности относятся к навыкам, связанным с вниманием, интерпретацией и реагированием на социальные сигналы. Существует тесная взаимосвязь между социально-когнитивным дефицитом и антисоциальным поведением во всех типах траекторий проблем с поведением. Связь между мышлением детей в социальных ситуациях и их агрессивным поведением рассматривалась с нескольких точек зрения. Некоторые подходы фокусируются на незрелых формах мышления, таких как эгоцентризм, отсутствие социальной перспективы, теория дефицита разума или дефицит моральных рассуждений. Другие подчеркивают когнитивные недостатки, такие как неспособность ребенка использовать вербальные посредники для регулирования своего поведения, или когнитивные искажения, такие как интерпретация нейтрального события как намеренно враждебный акт [16]. Иные подходы более широко фокусируются на социально-когнитивных процессах, связанных с принятием антисоциальных решений. Большинство детей с асоциальным поведением не справляется с учебной программой, прогуливает занятия, мешает учебному процессу, не способны адаптироваться в школьной среде.

Основаниями для оформления надомной формы обучения в рамках системы психиатрической помощи являются следующие виды психических расстройств:

1. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6).
2. Расстройство личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07).
3. Расстройства настроения (аффективные расстройства).
4. Умственная отсталость (F70-F79).
5. Общие расстройства психологического развития (F84)
6. Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1).
7. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29).

Виды коррекционной и консультационной, лечебной помощи.

Было доказано, что консультирование и психотерапия детей и подростков с ограниченными возможностями помогают улучшить психическое здоровье и функциональную адаптацию [7, 17, 18, 19 и др.].

Коррекция речевых нарушений. Без специальных и настойчивых мер по лечению и обучению, такой дефект речи сам по себе исчезает редко и только в раннем возрасте (до 3-х лет). Обучение должно проводиться ежедневно, желательно в специализированных логопедических учреждениях (например, логопедических детских садах), при непосредственном и активном участии родителей в домашних занятиях с ребенком. При отсутствии специализированных учреждений, занятия могут проводить сами родители, предварительно проконсультировавшись у логопеда или самостоятельно освоив методики по соответствующим руководствам. Положительные результаты логопедическая работа дает только в сочетании с подключающими резервы головного мозга психофармакологическими воздействиями [20].

Коррекция речи. Для маленького ребенка применяемые дидактические методы таковым не является, так как они, по сути, задействуют импринтинговую, а не логическую (чисто дидактическую) сторону развивающегося мышления. Напомним, что под импринтингом в биологии понимается запуск генетически заложенного сложного вида деятельности под влиянием внешнего стимула. С этой точки зрения процесс обучения и воспитания на ранних этапах развития ребенка заключается в поиске и своевременной подаче соответствующего внешнего стимула, запускающего тот или иной вид деятельности. Блестящие результаты, полученные на этом пути отечественным психологом М.М. Кольцовой (1973) в детских домах, сегодня несправедливо забытые, подтверждают важность импринтинга в обучении.

Очень важно, чтобы используемые дидактические методики не противоречили заложенным исходно генетическим принципам.

Коррекция чтения и письма. Другим, хотя менее распространенным нарушением (по сравнению с нарушениями речи) у детей является так называемая легастения. Легастения (лат. lego – читать + астения – слабость) – нарушение психического созревания у детей с нормальным развитием интеллекта, проявляющееся затрудненным приобретением навыков чтения и письма. Как правило, она включает в себя не только дислексию (нарушение чтения), но и дисграфию (нарушение письма). Легастеники путают местами буквы и цифры, причем как при чтении, так и при написании. Для легастеника типичны сложности в распознавании звуков, узнавании рифм или слов, начинающихся с одной и той же буквы. Дети-легастеники делают много ошибок в правописании, испытывают огромные трудности при чтении текстов, пропускают звуки, «проглатывают» окончания слов.

Часто легастении предшествуют различные речевые нарушения. Поэтому до сих пор в логопедии бытует мнение, что нарушения в освоении чтения и письма вызваны первичной патологией речи, т.е. своеобразным «косноязычием» в письме. Считалось, что исправление дисграфии (дефектов звукопроизношения) должно привести к устранению нарушений письма и чтения. Современные исследования полностью опровергли такое предположение. Исправление произношения даже на самых ранних этапах развития речи не вызывает устранения последующих нарушений чтения и письма. Кроме того, в большинстве случаев нарушение письма и чтения наблюдается у детей, не имевших каких-либо отклонений в произношении звуков.

Особенности применяемых дидактических методов связаны также с тем, что легастения, в отличие от речевых нарушений, выявляется, как правило, в школьном возрасте, поэтому применение способов коррекции, опирающихся на подражательную способность и незавершенное структурное развитие мозга здесь невозможно. Единственной рекомендацией (хотя и противоречащей мнению некоторых педагогов) может быть раннее (до 4-5 лет) развитие способностей к чтению и письму у ребенка. Выявленный на ранней стадии дефект устраняется более безболезненно, чем в условиях школьного обучения, на фоне уже полученной психологической социальной травмы.

При коррекции чтения и письма главное внимание обращают на так называемые диагностические (специфические) ошибки. К специфическим ошибкам письма относятся: 1. Фонетические замены (замена и смешение букв, обозначающих свистящие и шипящие звуки, звонкие и глухие, мягкие и твердые; замена букв, обозначающих гласные звуки); 2. Нарушение слоговой структуры слова (пропуск отдельных букв и целых слогов, перестановка букв или слогов, раздельное написание частей одного слова и слитное написание двух слов); 3. Грамматические ошибки (пропуск или неверное употребление предлогов, служебных слов, падежных окончаний, неверное согласование слов). К специфическим ошибкам чтения относятся: 1. Замены фонем; 2. Пропуски, перестановки и искажения слогов; 3. Замены слов; 4. Грамматические ошибки (практически те же, что в письме).

Кроме того, при нарушениях в письме наблюдаются сопутствующие ошибки: ошибки на буквы, обозначающие безударные гласные; ошибки в написании звонких и глухих звуков в конце слова; замена букв по графическому сходству (вместо «Ш» пишется «И», вместо «Е» – «Э», вместо «Л» – «М» и т.д.); зеркальное написание букв.

Правильные навыки чтения и письма могут быть приобретены только в результате интенсивных упражнений на фоне проводимых системных мероприятий. Групповой метод здесь малоэффективен. Лучшие результаты оказывает индивидуальный подход в рабочее время, когда в процессе школьных занятий логопед забирает ребенка из класса и проводит с ним индивидуальные занятия по коррекции чтения или письма. Полностью противопоказан метод «целых слов». Опора производится на освоение чтения или письма отдельных слогов и составления из них целых слов. Применяются следующие упражнения: разложение слов на слоги и объединение слогов в слова; постепенный переход при чтении и письме от двухбуквенных слов к более длинным, с анализом и исправлением повторяющихся индивидуальных ошибок; чтение и написание целых предложений; чтение с пониманием смысла и осмысленное написание текстов [21]. Освоению и большей эффективности упражнений способствует использование компьютерных игровых методик или просто освоение техники печатания на компьютере (с помощью специальных программ) или механическом печатающем устройстве (пишущей машинке) [17].

Методы психологического и педагогического воздействия при гиперкинетическом расстройстве с дефицитом внимания.

Проблемы, возникающие в процессе обучения детей с ГРДВ (СДВГ), в последние годы становятся сравнимы по выраженности с медицинскими проблемами при этом расстройстве. Не случайно, что провозглашенная многими исследователями и практиками комплексность в

подходе к коррекции СДВГ, все чаще находит отклик и у психологов, и у педагогов, и у социальных работников.

Как правило, дети с СДВГ сегодня не находят должного понимания со стороны педагогов в тех образовательных учреждениях, в которых они обучаются. В мировой междисциплинарной практике данная работа предусматривает следующие основные направления:

- Обучение учителей младших классов проактивным формам педагогики (с 1-го по 6-й классы);
- интеграция усилий школьной команды поддержки детей с СДВГ с усилиями их родителей; обучение детей с СДВГ контролю за своим поведением, управлению гневом и сдерживанию агрессии;
- профилактика академической (учебной) несостоятельности и повышение образовательной компетентности детей с СДВГ;
- оптимизация референтности подобных детей в глазах их одноклассников [21].

К сожалению, замечают авторы, до сих пор большинство педагогов и школьных психологов, в противовес мнению и рекомендациям врачей, предпочитают практику наблюдения детей с СДВГ. В таких случаях представители школ настаивают или на выводе детей на надомное обучение (чаще всего), или на переводе их в классы выравнивания, или на смене образовательного учреждения.

Фесенко Е.В. и Фесенко Ю.А отмечали: «Повышенная двигательная активность ребенка при СДВГ, как показано нами, временно восстанавливает нормальное взаимодействие между различными зонами коры головного мозга, сохраняя возможности его полноценного интеллектуального развития. Поэтому клиническая тактика при лечении СДВГ должна быть направлена не столько на борьбу с его внешними проявлениями, в частности – со сверхактивным поведением таких детей, сколько на восстановление нормального взаимодействия между структурами головного мозга за счет фармакологического, инструментального, психотерапевтического и психолого-педагогического воздействия [8].

Помощь школьникам с аутизмом.

По авторитетному мнению одного из старейших детских психиатров ленинградской школы, ученика С.С. Мнухина, автора нескольких книг по аутизму, Б.В. Воронкова, которое дает возможность задуматься над тем, что есть истинный аутизм, поскольку многие знают не понаслышке и о педагогических надеждах при работе с детьми-аутистами, и о тех усилиях педагогов и психологов, особенно – специальных, которые они с минимальным КПД тратят в работе с такими детьми: «...дискуссии о преимуществах или недостатках домашнего воспитания в сравнении с воспитанием в обычном или специализированном детском саду, индивидуального или интегрированного (в любой форме) обучения должны предваряться вопросом: какова цель? Важно помнить, что все виды воспитания, обучения, все коррекционные стратегии – всего лишь средства, а целью должно быть облегчение жизни самому аутисту и его несчастным родителям. Главными предпосылками и неперенным условием успеха коррекционной работы должны стать обоснованный уровень ожиданий и выработка у родителей реалистических представлений о перспективах ребенка в принципе. Усилия специалистов по коррекционной работе и родных больного должны быть в первую очередь направлены на его бытовую адаптацию. Тот, кто работал с аутистами, знает, как радуются родители тому, что их ребенок самостоятельно и успешно начинает пользоваться туалетом и приемлемо вести себя за столом. Способность же озвучить напечатанный текст или произвести арифметические действия имеют, как правило, и по справедливости, подчиненное значение, поскольку в жизни она окажется, скорее всего, не востребованной. Исходя из сегодняшнего состояния проблемы, наиболее разумным для общества и государства было бы предложить аутисту такую среду, которая обеспечивала бы ему не внедрение в социум, тем более мифическую социальную адаптацию, а максимальную защиту. Реальность же такова, что современный социум по ряду причин не готов интегрировать больных с синдромом Каннера, да и сами пациенты, в силу особенностей своей психики, не испытывают потребности в обретении социального статуса» [22].

Учитывая клинические особенности детей с РДА, требования к их обучению сводятся к следующему:

- учебную среду необходимо организовать таким образом, чтобы образовательная программа была последовательной и предсказуемой для учащегося;
- дети с аутистическими нарушениями должны иметь возможность взаимодействовать с нормально развивающимися сверстниками, которые могут показать примеры надлежащего поведения, речи, общения, социальных и игровых навыков;

-учащиеся с аутистическими нарушениями должны обучаться навыкам общественной жизни и профессиональным навыкам с как можно более раннего возраста. Их нужно учить взаимодействовать с окружающими и давать им возможность налаживать связи с другими учащимися;

-необходимо обучение навыкам безопасной жизнедеятельности – как правильно переходить улицу, как обратиться за помощью в трудной ситуации и т.д., что имеет важнейшее значение для развития самостоятельности;

-важность участия семьи в учебной программе огромна.

Программы, разработанные с участием родственников и предназначенные для перенесения обучающей деятельности, опыта и методики из школы в дом и общество, облегчают приобретение социальных навыков [23].

Часто дети и подростки с аутизмом сталкиваются со значительными организационными проблемами и трудностями при выполнении заданий. Исследования показали, что когнитивно-поведенческое лечение может быть специально разработано для включения обучения навыкам и социального коучинга для людей с РАС [24]. Содействие обучению навыкам и внедрение когнитивных стратегий позволяет не только развивать новые навыки, но и понимать важность конкретных навыков. Приводятся примеры основанных на фактических данных стратегий визуальной поддержки, социальных историй, видео-само моделирования. Когнитивные сценарии помогают научить человека самостоятельно инициировать и поддерживать разговоры, в то время как видео-само моделирование учит позитивному поведению и уменьшает нежелательное поведение, позволяя людям видеть себя в ситуациях, когда они действуют на более продвинутом уровне, чем они обычно функционируют [25].

С добавлением этих компонентов и акцентом на развитие навыков решения проблем можно напрямую решить проблему сокращения нежелательного поведения и поощрения предпочтительного. Тем не менее, хотя существует множество исследований по управлению поведением среди людей с аутизмом: «Не было показано, что ни одно вмешательство эффективно справляется с проблемным поведением у всех детей с аутизмом» [22, 26].

Психокоррекция агрессивного и оппозиционного поведения.

Гиперактивные дети при общении со сверстниками часто проявляют агрессивность, потому что не знают других способов разрешения конфликтных ситуаций. Кроме того, часто они очень эгоцентричны и не умеют учитывать точки зрения других людей. Поэтому задача педагога, психолога, психотерапевта – научить ребенка видеть разные стороны проблемы и выходить из конфликтных ситуаций, используя разнообразные, но обязательно социально одобряемые способы. Для этого использовались методы дискуссии, ролевой игры. С детьми в кругу обсуждаются наиболее часто встречающиеся конфликтные ситуации, которые разыгрываются в разных вариантах.

Одним из вариантов помощи агрессивным детям является индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Цель КПТ при работе с агрессивными детьми состоит в том, чтобы заставить детей пересмотреть свой первоначальный выбор внешних или внутренних сигналов, собрать больше фактов о ситуации, прежде чем формулировать и выбирать поведение, выбрать менее враждебные и более адаптивные решения проблем и предвидеть последствия своих действий. Вмешательства обычно включают ролевые игры, отработку социальных навыков и когнитивное переосмысление на занятиях, домашние задания и участие родителей [27]. Предупредить поведенческие нарушения можно с помощью выстраивания продуктивных доброжелательных отношений. Необходимо поощрять ребенка за помощь, сотрудничество, уступчивость, демонстрировать эмоциональную стабильность, самоконтроль, последовательность поступков. Важным при психокоррекционной работе со стороны врачей и психологов является активное участие обоих родителей и учителей.

Работа с гневом.

При обучении детей конструктивным способам выражения гнева используются два направления:

1. Обучение детей понимать себя и прямо говорить о своих чувствах.
2. Научение выражать свой гнев сознательно в косвенной форме, с помощью игровых приемов, перенося негативные чувства на неопасные предметы.

В работе с отрицательными эмоциями акцент делается на приемах, позволяющих ребенку сбросить накопившееся напряжение, агрессию. Детям разрешается кричать, топтать ногами, бить «грушу», пинать ногами мягкие игрушки, т.е. выражать свой гнев в любой форме. Выраженный положительный эффект оказывают упражнения, в которых дети уничтожают что-то, символизирующее для них какое-то негативное переживание. Это могут быть задания, в которых дети должны нарисовать нечто неприятное, тягостное для них:

актуальный конфликт, наиболее значимое, повторяющееся отрицательное переживание и др., а затем – смять этот рисунок, порвать на части или выбросить. Главное условие занятия – не навредить другим. Затем дети обучаются понимать особенности своего гнева и говорить о том, на что именно они обижены и злы, что именно чувствуют в данный момент, где в теле ощущаются негативные эмоции, на что они похожи, какого они цвета и т.д. Дети, глубже познакомившись с особенностями свойственного им переживания и выражения негативных эмоций, научаются в определенной степени их контролировать [28].

Заключение и выводы. Период школьного обучения – это качественно иной, в сравнении с предшествующими институтами воспитания и обучения, этап социализации, складывающийся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, которые предъявляют новые, усложненные требования к психофизиологическим, интеллектуальным, личностным возможностям ребенка. Часто именно на этапе поступления в школу выявляется существенное количество проблем, не столь выраженных на дошкольном этапе развития ребенка.

1. По последним данным существует значительное количество детей, обучающихся, в том числе по массовой программе, которые не способны в полной мере усваивать получаемые знания, испытывают существенные трудности в адаптации к условиям образовательной системы, требуют индивидуального подхода к обучению, дополнительной коррекционной, логопедической, психотерапевтической, лечебной помощи, относятся к категории детей с выраженной школьной дезадаптацией (ШД).

2. Оптимальное обучение данной категории детей возможно только при условии комплексного подхода в диагностике и медико-психолого-педагогическом сопровождении, оказании своевременных лечебных и коррекционных воздействий. Даже при условии обучения детей с интеллектуальными, речевыми, поведенческими, эмоциональными и коммуникативными нарушениями в рамках надомного обучения, они должны оставаться в структуре педагогической системы.

3. Оказание медицинской и психологической помощи данным категориям школьников возможно только в тесном сотрудничестве с педагогами.

4. Переход на надомную или семейную форму обучения формирует предпосылки для будущих проблем с социальной адаптацией детей, не является решением всех их дидактических или поведенческих проблем, требует дополнительной работы педагогов, логопедов, психиатров, психологов.

Список литературы

1. Шац И.К. Школьная дезадаптация детей с психическими нарушениями: системный подход и возможности психотерапевтической помощи // Сборник статей междун. конференции «XIV Мнухинские чтения» 24 марта 2016 г. Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова, СПб: Альта-Астра. – 2016. – С.271-279.
2. Бражник Е.И., Федорова Г.Г. Признаки школьной дезадаптации детей и возможности психолого-социальной помощи. Комплексная психологическая помощь в образовании // Материалы международной научно-практической конференции, 17 декабря 2012 г., СПб.: Изд-во РРГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – С. 91-95.
3. Миллер Н.А. Подростковый стресс – одна из причин возникновения школьной дезадаптации в условиях кадетского корпуса. Вопросы психического здоровья детей и подростков // Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. – 2014 (14). – № 2. – С. 76-78.
4. Казикова Е.П. Психологическая зависимость учащихся подростково-юношеского возраста от педагога // Ананьевские чтения – 2015: Фундаментальные проблемы психологии: материалы научной конференции, 20-22 октября 2015 г. Отв. ред. В.М. Аллахвердов. СПб.: СПбГУ, Скифия принт. – 2015. – 127 с.
5. Данькова А.А., Седегова В.В. Дезадаптация – фактор неуспешности ребенка: проблемы в поведении как показатель школьной дезадаптации. Комплексная психологическая помощь в образовании // Материалы международной научно-практической конференции, 17 декабря 2012 г., СПб.: Изд-во РРГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – С.54-58.
6. Шигапов Д.Ю., Яковенко В.В., Горьковская И.А. Проблема школьной дезадаптации у пациентов кризисного отделения Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина // Матер. междун. конфер. «XIV Мнухинские чтения» 24 марта 2016 г. Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова, СПб: Альта-Астра. – 2016. – С.304-311.

7. Шигапов Д.Ю., Худик В.А. Понятия «Учебная, школьная и социальная дезадаптация»: тождественность или генезис явления? // Матер. конфер. «Наследие профессора С.С. Мнухина: из века 20-го в век 21-й», СПб: Нева-Трейд. – 2009. – С. 247-251.
8. Фесенко Е.В, Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. СПб: Наука и техника, 2010. 384 с.
9. Barkley R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. N.Y., 1990. 256 p.
10. Фесенко Ю.А. Аутизм: мифы, реальность, возможности педагогической коррекции // Вестник ЛГУ. – 2019. – №2. – С.211-219.
11. Lochman J.E., Matthys W. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Children, 2009. 344 p.
12. Lainhart J.E., Folstein S.E. Affective disorders in people with autism: a review of published cases. Journal of Autism and Developmental Disorders, 1994. 24(5). Pp.587-601.
13. Kim J. et al. The prevalence of anxiety and mood problems amongst children with autism and Asperger syndrome. Autism, 2000. 4(2). Pp.117-132.
14. Steiner H., Remsing L. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder (англ.) // J. Elsevier BV, 2007. Vol. 46, n. 1. Pp. 126-141.
15. Christenson J.D. et al. The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature // Journal of Child and Family Studies. 2016. Vol. 25. №9. P. 2649-2658.
16. Green J., Sciberras E., Enticott P. G. Conduct disorder and oppositional defiant disorder // Developmental Disorders of the Brain. 2016. P. 139-155.
17. Психологическая и педагогическая коррекция заикания: коллект. моногр. / Ю.А. Фесенко, Л.Я. Миссуловин, М.И. Лохов, Р.И. Лалаева. СПб: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2012. 164 с.
18. Сетко Н.П. Психическое здоровье детей и подростков: монография // Н.П. Сетко, А.Г. Сетко, Е.В. Булычева. Оренбург. Изд.-во ОрГМУ, 2019. 335 с.
19. (Remschmidt H.) Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков. М.: Мир, 2000. 656 с.
20. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Коррекция заикания и других речевых расстройств детского возраста. СПб.: Детство-Пресс, 2010. 160 с.
21. Бердышев И.С., Яковенко В.В. Возможности проактивной педагогики и мультисистемной терапии для успешной адаптации в школе детей с СДВГ // Материалы конфер. «Мнухинские чтения» 19 мая 2006, СПб. – 2006. – С.10-11.
22. Воронков В.Б. Детская и подростковая психиатрия, СПб.: Наука и техника, 2009. 232 с.
23. Пашковский В.Э. Ранний детский аутизм: дорожная карта // XII Мнухинские чтения. АУТИЗМ: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема. Под общ. ред. Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигапова. СПб.: Виктория Плюс. – 2014. – С. 171-178.
24. Bölte S., Poustka F., Holtmann M. Trends in autism spectrum disorder referrals // Epidemiology, 2008. №19(3). P. 519-20.
25. Frith U. A new look at language and communication in autism. British Journal of Disorders of Communication, 1989. Vol. 24. Pp. 123-150.
26. Lord C., Rutter M., DiLavore P.C., Risi S. Autism Diagnostic Observation Schedule. Generic. Los Angeles, 1999.
27. Riggs P.G., Whitmore E.A. Расстройство поведения // Джекобсон Дж.Л., Джекобсон А.М. Секреты психиатрии. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2005. С.374-379.
28. Нельсон III У.М., Финч-мл. А. Дж. Управление гневом в детском возрасте: когнитивно-поведенческий подход / Психотерапия детей и подростков. 2-е изд. / Под ред. Ф. Кендалла. СПб.: Питер, 2002. С.137-176.

References

1. Shacz, I.K. (2016) Shkol`naya dezadaptaciya detej s psixicheskimi narusheniyami: sistemny`j podxod i vozmozhnosti psixoterapevticheskoy pomoshhi. Sbornik statej mezhdun. konferencii «XIV Mnuhinskie chteniya» 24 marta 2016 g. Pod obshh. red. Yu.A. Fesenko, D.Yu. Shigashova. SPb: Al`ta-Astra. S.271-279. (In Russian).
2. Brazhnik, E.I., Fedorova, G.G. (2012) Priznaki shkol`noj dezadaptacii detej i vozmozhnosti psixologo-social`noj pomoshhi. Kompleksnaya psixologicheskaya pomoshh` v obrazovanii: Materialy` mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, 17 dekabrya 2012 g. SPb.: Izd-vo RRGPU im. A.I. Gercena. S. 91-95. (In Russian).

3. Miller, N.A. (2014) Podrostkovy`j stress – odna iz prichin vznikoneniya shkol`noj dezadaptacii v usloviyax kadetskogo korpusa. Voprosy` psixicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. Nauchno-prakticheskij zhurnal psixiatrii, psixologii, psixoterapii i smezhny`x disciplin. № 2. S. 76-78. (In Russian).
4. Kazikova, E.P. (2015) Psixologicheskaya zavisimost` uchashhixsya podrostkovo-yunosheskogo vozrasta ot pedagoga. Anan`evskie chteniya – 2015: Fundamental`ny`e problemy` psixologii: materialy` nauchnoj konferencii, 20-22 oktyabrya 2015 g. Otv. red. V.M. Allaxverdov. SPb.: SPbGU, Skifiya print. 127 s. (In Russian).
5. Dan`kova, A.A., Sedegova, V.V. (2012) Dezadaptaciya – faktor neuspeshnosti rebenka: problemy` v povedenii kak pokazatel` shkol`noj dezadaptacii. Kompleksnaya psixologicheskaya pomoshh` v obrazovanii: Materialy` mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, 17 dekabrya 2012 g. SPb.: Izd-vo RRGPU im. A.I. Gercena. S.54-58. (In Russian).
6. Shigashov, D.Yu., Yakovenko, V.V., Gor`kovaya, I.A. (2016) Problema shkol`noj dezadaptacii u pacientov krizisnogo otdeleniya Centra vosstanovitel`nogo lecheniya «Detskaya psixiatriya» imeni S.S. Mnuxina. Mater. mezhdun. konfer. «XIV Mnuxinskie chteniya» 24 marta 2016 g. Pod obshh. red. Yu.A. Fesenko, D.Yu. Shigashova. SPb: Al`ta-Astra. S.304-311. (In Russian).
7. Shigashov, D.Yu., Xudik, V.A. (2009) Ponyatiya «Uchebnaya, shkol`naya i social`naya dezadaptaciya»: tozhdestvennost` ili genezis yavleniya? Mater. konfer. «Nasledie professora S.S. Mnuxina: iz veka 20-go v vek 21-j». SPb: Neva-Trejd. S. 247-251. (In Russian).
8. Fesenko, E.V., Fesenko, Yu.A. (2010) Sindrom deficita vnimaniya i giperaktivnosti u detej. SPb: Nauka i tekhnika. 384 s. (In Russian).
9. Barkley, R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. N.Y., 1990. 256 p.
10. Fesenko, Yu.A. (2019) Autizm: mify`, real`nost`, vozmozhnosti pedagogicheskoy korrekcii. Vestnik LGU. №2. S.211-219. (In Russian).
11. Lochman, J.E., Matthys, W. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Children, 2009. 344 r.
12. Lainhart, J.E., Folstein, S.E. Affective disorders in people with autism: a review of published cases. Journal of Autism and Developmental Disorders, 1994. 24(5). Pp.587-601.
13. Kim, J. et al. The prevalence of anxiety and mood problems amongst children with autism and Asperger syndrome. Autism, 2000. 4(2). Pp.117-132.
14. Steiner, H., Remsing, L. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder (angl.) // J. Elsevier BV, 2007. Vol. 46, n. 1. Pp. 126-141.
15. Christenson, J.D. et al. The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature // Journal of Child and Family Studies. 2016. Vol. 25. №9. P. 2649-2658.
16. Green, J., Sciberras, E., Enticott, P. G. Conduct disorder and oppositional defiant disorder // Developmental Disorders of the Brain. 2016. P. 139-155.
17. Psixologicheskaya i pedagogicheskaya korrekciya zaikaniya: kollekt. monogr. (2012) Yu.A. Fesenko, L.Ya. Missulovin, M.I. Loxov, R.I. Lalaeva. SPb: LGU im. A.S. Pushkina. 164 s. (In Russian).
18. Setko, N.P. (2019) Psixicheskoe zdorov`e detej i podrostkov: monografiya // N.P. Setko, A.G. Setko, E.V. Buly`cheva. Orenburg. Izd.-vo OrGMU. 335 s. (In Russian).
19. (Remschmidt, H.) Remshmidt, X. Psixoterapiya detej i podrostkov. M.: Mir, 2000. 656 s.
20. Loxov, M.I., Fesenko, Yu.A. (2010) Korrekciya zaikaniya i drugix rechevy`x rasstrojstv detskogo vozrasta. SPb.: Detstvo-Press. 160 s. (In Russian).
21. Berdy`shev, I.S., Yakovenko, V.V. (2006) Vozmozhnosti proaktivnoj pedagogiki i mul`tisistemnoj terapii dlya uspeshnoj adaptacii v shkole detej s SDVG. Materialy` konfer. «Mnuxinskie chteniya» 19 maya 2006. SPb. S.10-11. (In Russian).
22. Voronkov, V.B. (2009) Detskaya i podrostkovaya psixiatriya. SPb.: Nauka i tekhnika. 232 s. (In Russian).
23. Pashkovskij, V.E., (2014) Rannij detskij autizm: dorozhnaya karta. XII Mnuxinskie chteniya. AUTIZM: mediko-psixologo-pedagogicheskaya, social`no-e`konomicheskaya i pravovaya problema. Pod obshh. red. Yu. A. Fesenko, D. Yu. Shigashova. CPb.: Viktoriya Plyus. S. 171-178. (In Russian).
24. Bölte, S., Poustka, F., Holtmann, M. Trends in autism spectrum disorder referrals // Epidemiology, 2008. №19(3). R. 519-20.

25. Frith, U. A new look at language and communication in autism. *British Journal of Disorders of Communication*, 1989. Vol. 24. Rr. 123-150.
26. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S. *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Generic. Los Angeles, 1999.
27. Riggs, P.G., Whitmore, E.A. Rasstrojstvo povedeniya // Dzhekobson Dzh.L., Dzhekobson A.M. *Sekretы` psixiatrii*. Per. s angl. M.: MEDpress-inform, 2005. S.374-379.
28. Nel`son, III U.M., Finch-m., A. Dzh. (2002) *Upravlenie gnevom v detskom vozraste: kognitivno-povedencheskij podxod*. Psixoterapiya detej i podroستkov. 2-e izd. / Pod red. F. Kendalla. SPb.: Piter. S.137-176. (In Russian).

Medical aspects of psychological and pedagogical support for students with mental disorders and disabilities

Fesenko Yu.A.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0512-936X>,

E-mail: yaf1960@mail.ru

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

Romanovskaya M.V.

E-mail: m1901rom@yandex.ru

Bychkovsky D.A.

E-mail: dmitry_ab@yandex.ru

Saint Petersburg Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named S.S. Mnukhin, Saint Petersburg, Russia

Abstract. The article is devoted to the organization of psychological and pedagogical support for children with disabilities and disabilities with mental disorders, taking into account the medical aspects of the problem. The problem of school maladjustment of students from a clinical and psychological-pedagogical point of view is highlighted.

In the presented scientific work, the authors describe the main problems of students: violations of the formation of school skills, ADHD (hyperkinetic disorder with attention deficit or ADHD – in medical practice), autism, behavioral disorders causing oppositional disorder. The types of correctional and consulting, therapeutic care for these types of psychopathology are highlighted in detail.

The authors insist that optimal education for this category of children is possible only if an integrated approach is taken in diagnosis and medical, psychological and pedagogical support, and timely medical care is provided.

Key words: child with disabilities, mental disorders, medical, psychological and pedagogical support.

For citation

Fesenko Yu.A., Romanovskaya M.V., Bychkovsky D.A. Medical aspects of psychological and pedagogical support for students with mental disorders and disabilities. // *Medical Psychology in Russia: online scientific. Zhurn.* - 2024. - T. 16, No. 4 (85). - P.22-34 - URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 01.11.2024

Accepted for publication 01.11.2024.for all articles № 4(85) 2024



УДК 159.9.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Павлей Л.В., Коробкова М.М. (Ярославль, Россия)



Павлей Л.В

Кандидат психологических наук,
Старший преподаватель кафедры клинической психологии ФГБОУ
ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
ул. Революционная, 5, Ярославль, 150000, Россия.
Тел.: 8 (4852) 30-56-41.
E-mail: siam_l@mail.ru



Коробкова М. М

Студентка факультета клинической психологии и социальной
работы ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский
Университет»
ул. Революционная, 5, Ярославль, 150000, Россия.
Тел.: 8 (4852) 30-56-41

Аннотация.

Статья посвящена проблеме детско-родительских отношений у ребенка школьного возраста с аллергическим заболеванием (атопический дерматит, поллиноз и др.). Цель исследования – изучить особенности детско-родительских отношений в семьях с детьми младшего школьного возраста с аллергическим заболеванием. Выборку составили 120 человек: 30 пар «мать-ребенок»: 30 детей возраста от 7 до 12 лет с аллергическими заболеваниями, пациенты дневного стационара отделения аллергологии и 30 матерей и 30 пар «мать-условно здоровый ребенок». Получены результаты исследования детско-родительских, детско-материнских отношений в семьях с детьми с аллергическими заболеваниями, определен преобладающий стиль воспитания, степень надежности привязанности ребенка к матери, особенности психоэмоционального состояния ребенка, а также его отношение к значимым близким. Детско-родительские отношения матери и ребенка с аллергическим заболеванием младшего школьного возраста характеризуются преобладанием гиперопекающего стиля воспитания, выраженным компенсаторным поведением ребенка, условно надежной привязанностью.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, дети, аллергические заболевания, младший школьный возраст, привязанность, отношения мать-ребенок с заболеванием.

Для цитаты Павлей Л.В., Коробкова М.М. Особенности детско-родительских отношений в семьях с детьми младшего школьного возраста с аллергическим заболеванием. // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 4(85). – С.35-44 URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гggг).

Введение.

В целом в мире аллергическими заболеваниями страдают до 35% детского населения [1,17], в нашей стране, согласно официальной статистике, от 15% до 35%. Аллергические заболевания занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста и имеют тенденцию к дальнейшему росту. Самыми распространенными аллергическими заболеваниями считаются поллиноз – 18-20% населения, аллергический ринит – 7-12% и бронхиальная астма – 7-11%. [1,6]

Аллергия — это повышенная чувствительность организма к различным веществам, проявляющаяся в виде специфического болезненного состояния. Аллергия может быть вызвана различными факторами, включая генетическую предрасположенность, нарушения иммунной системы и воздействие окружающей среды. [1] Опираясь на принципы системного подхода, биопсихосоциальной модели можно отметить возможные психосоматические и соматопсихические аспекты взаимосвязи характера заболевания, особенностей его течения и психоэмоционального состояния ребенка, а также детско-родительских отношений в семье. В рамках данного подхода проясняются психологические аспекты, взаимосвязанные с течением и хронификацией аллергического заболевания в качестве предиспозиционных и поддерживающих факторов болезни. Изучение психологических особенностей соматического больного детского возраста, его взаимоотношений в семье, а также взаимоотношений врач-пациент, врач-родители пациента детского возраста, является актуальной задачей клинической психологии и расширяет возможности эффективного медико-психологического сопровождения детей с разными нозологиями [12, 9]. Действительно, родители обращают внимание больше на те проблемы, в т.ч. в психологическом функционировании ребенка, которые имеют более выраженные поведенческие проявления [9]. Однако психоэмоциональное неблагополучие, тревожность, напряженность, снижение эмоционального фона ребенка может оставаться вне внимания родителей и прежде всего матери. Психосоматические отношения при аллергических заболеваниях описывает в своих работах Д.А. Исаев. Он отмечает, что в клинической картине часто встречающихся аллергических заболеваний присутствует тесная патогенетическая связь между аллергическим воспалением и нервно-психическими расстройствами. [6,7] Исследование психологических особенностей пациентов детского возраста с аллергическими заболеваниями, психосоматической составляющей, особенностей детско-родительских отношений выступает актуальной научной проблемой клинической психологии. [4]

Детско-родительские отношения составляют важнейшую подсистему отношений семьи как целостной системы, и могут рассматриваться как непрерывные, длительные и опосредованные возрастными особенностями ребенка и родителя отношения. «Система «мать — дитя», формирующаяся в течение девяти месяцев беременности, при рождении ребенка» с формирующимся заболеванием «претерпевает изменения» [10]. После рождения у ребенка формируются диадические отношения с матерью, а после трех лет по мере психического развития ребенка, его взросления, развития самосознания, они преобразуются в устойчивые детско-родительские отношения в паре мать-ребенок.

Важную роль в становлении личности играет тип семейного воспитания. Это характеристика ценностных ориентаций и установок родителей, эмоционального отношения к ребенку. Э. Г. Эйдемиллер и В.В. Юстискис создали классификацию отношений, в которой выделили несколько основных типов, характеризующих воспитание мальчиков и девочек [15]. И.В. Дубровина отмечает, что «эмоциональный комфорт ребенка в семье является важным условием его нормального развития и благополучного вхождения в мир культуры и социальных отношений в обществе. Тип воспитания родителей оказывает значимое влияние на становление ребенка, на развитие его как личности [15]. В свою очередь, со стороны ребенка по отношению к родителю формируется особенный тип привязанности, который основывается на стиле семейного взаимоотношения и воспитания родителя [2,3]. Взаимное доверие и поддержка между родителями и ребёнком способствуют гармоничному развитию личности.

«Наличие в семье ребенка» с заболеванием «влечет за собой неизбежные трудности: амбивалентность родительских чувств, неуверенность, усталость, раздражение по отношению к нему» [11]. «При этом мать выбирает свой индивидуальный стиль совладающего поведения, который может наложить как негативный, так и положительный отпечаток на развивающуюся личность ребенка» [11]. Когда в семье растет ребенок с хроническим заболеванием, может формироваться особый стиль воспитания и закрепляться неэффективные воспитательные стратегии. Все это в очередной раз подчеркивает актуальность данной проблематики.

Цель исследования – изучить особенности детско-родительских отношений в семьях с детьми младшего школьного возраста с аллергическим заболеванием.

Выборка: В исследовании приняли участие 120 человек. Основную группу составили 30 пар «мать-ребенок»: 30 детей возраста от 7 до 12 лет с аллергическими заболеваниями, проходящие лечение в рамках дневного стационара отделения аллергологии ГБУЗ ЯО ЦГБ, Детской поликлиники № 1 г. Ярославля, из них 15 мальчиков и 15 девочек; 30 матерей. Аллергические заболевания: у четырех детей выявлен атопический дерматит, у 9 – поллиноз, 17 детей имеют смешанные симптомы аллергической реакции. Контрольную группу составили 30 пар «мать - «условно здоровый ребенок»: 30 детей возраста от 7 до 12 лет, из них 15 мальчиков и 15 девочек; 30 матерей.

Используемые методики и техники сбора данных: Авторская анкета, Методика Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В. "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ), Шкала К. Кернс «Надежности привязанности ребенка к родителям», Цветовой тест отношений А.М. Эткинда, Восьмицветовой тест М. Люшера.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием статистического пакета STATISTIKA12, с применением коэффициента корреляции Спирмена, непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Ход исследования начинался с опроса матерей. Для заполнения была предложена разработанная анкета, включающая вопросы для определения количества и порядка рождения ребенка в семье, образования родителя, состава семьи. Было выяснено, что 77% семей – полные, 70% матерей имеют высшее образование, количество детей в семье в среднем по группе – двое. Далее матерям были предложены бланки - опросники методики Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В. "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ), по результатам выявлены особенности воспитания матерью ребенка с аллергическим заболеванием.

Таблица 1

Значимые результаты анализа различий по критерию Манна-Уитни по методике Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В. "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ) между основной и контрольной группами

Методика	Шкалы	Матери детей с аллергическим заболеванием.	Матери «условно» здоровых детей	U	Z	p-value	уровень значимости
Методика Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В. "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ)	Гиперпротекция (Г+)	5,30	3,47	217,5000	3,47	0,001	***

Примечания:

1. U, Z – нормализация;

2. * – различия на уровне значимости $p \leq 0,05$; ** – различия на уровне значимости $p \leq 0,01$; *** – различия на уровне значимости $p \leq 0,001$.

Были обнаружены значимые различия по шкале «Гиперпротекция (Г+)» методики Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В. "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ). Для основной

группы матерей характерно преобладание «Гиперпротекции (Г+)» в воспитании. Результат не достигает диагностически значимого по методике, однако в сравнении с группой условно здоровых, гиперпротекция получает свою выраженность в воспитании детей с аллергическими заболеваниями ($p \leq 0,001$). Можно предположить, что в стиле воспитания матерей, чьи дети имеют аллергическое заболевание, преобладают проявления гиперопекающего стиля. Их гиперопека может быть связана с присутствием ограничений, связанных с наличием аллергии у ребенка (ограниченный спектр продуктов, определенные условия жизнедеятельности и др.)

Далее проводилась работа с детьми каждой группы. На первом этапе детям был предложен опросник «Шкала надежности привязанности» К. Кернс. По результатам исследования наблюдается отличие в среднegrupповых результатах: в группе детей, имеющих аллергическое заболевание, средний балл составил 3,2, что соответствует условно надежному типу привязанности. Условно надёжная привязанность является промежуточной категорией и может соответствовать любому из типов привязанности, выделенных Дж. Боулби. В группе «условно» здоровых детей средний балл составил 3,5, что соответствует высоконадежному типу привязанности. Высоконадёжная привязанность по шкале К. Кернс соответствует надёжной привязанности в понимании Дж. Боулби и М. Эйнсворт, что означает, что в данной группе дети активно исследуют мир, уверены в стабильных отношениях со своими матерями, считают, что матери в случае необходимости всегда будут рядом и смогут удовлетворить их потребности.

Сравнительный анализ при помощи непараметрического критерия для двух независимых выборок U-критерий Манна-Уитни позволил выявить значимые различия по методике «Шкала надежности привязанности» К. Кернс. Результаты представлены в таблице 2. Исходя из результатов, можно утверждать, что у детей, имеющих аллергическое заболевание, наблюдается менее надежная привязанность (условно надежная) к матери, по сравнению с «условно» здоровыми детьми.

Таблица 2

Значимые результаты анализа различий по критерию Манна-Уитни по «Шкала надежности привязанности» К. Кернс между основной и контрольной группами

Методика	Шкалы	Дети с аллергическим заболеванием.	«Условно» здоровые дети	U	Z	p-value	уровень значимости
«Шкала надежности привязанности» К. Кернс.	Надежность привязанности	3,2	3,5	271,5000	-2,64	0,008	**

Примечания:

1. U, Z – нормализация;
2. * – различия на уровне значимости $p \leq 0,05$; ** – различия на уровне значимости $p \leq 0,01$; *** – различия на уровне значимости $p \leq 0,001$.

Продолжая работу с детьми, был проведен «Восьмицветовой тест Люшера» и получены следующие показатели: цветовой ряд в соответствии с цветовыми предпочтениями детей, показатели суммарного отклонения от аутогенной нормы, вегетативный коэффициент и показатели наличия тревоги и компенсации. Обобщенные результаты цветовых предпочтений представлены в таблице 3.

Обобщенные результаты ряда цветовых предпочтений у групп «условно» здоровых детей и детей, имеющих аллергическое заболевание

	"Условно" здоровые дети	Дети, имеющие аллергическое заболевание
1-я позиция	красный	черный
2-я позиция	красный/фиолетовый	фиолетовый
3-я позиция	желтый	красный
4-я позиция	желтый/зеленый	зеленый
5-я позиция	синий	зеленый
6-я позиция	серый	коричневый
7-я позиция	коричневый	коричневый
8-я позиция	черный	фиолетовый/коричневый/синий

Обобщение данных цветовых выборов позволило выявить наиболее характерное для каждой группы распределение цветов по восьми позициям. В группе детей, имеющих аллергическое заболевание, прослеживается предпочтение черного цвета в качестве наиболее привлекательного, что может говорить о протесте против существующего положения вещей, отказе, наличии стрессового состояния и как следствие – компенсаторного поведения. В группе «условно» здоровых детей черный цвет занимает восьмую (нормативную) позицию, а первые четыре позиции – основные цвета, что говорит о положительном психоэмоциональном состоянии большинства обследуемых детей. Значимость полученных различий подтверждается при помощи применения непараметрического критерия для двух независимых выборок U-критерия Манна-Уитни для сравнения групп ($p \leq 0,01$). Полученные данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Значимые результаты анализа различий по критерию Манна-Уитни по «Восьмицветовому тесту» Люшера: цветовые предпочтения в ряду между основной и контрольной группами

Методика	Цвет	Дети с аллергическим заболеванием	«Условно» здоровые дети	U	Z	p-value	уровень значимости
«Восьмицветовой тест» Люшера	Черный	4,0	6,0	248,0	3,03	0,002	**

Примечания:

1. U, Z – нормализация;

2. * – различия на уровне значимости $p \leq 0,05$; ** – различия на уровне значимости $p \leq 0,01$; *** – различия на уровне значимости $p \leq 0,001$.

Среднегрупповые результаты по показателям суммарного отклонения от аутогенной нормы, вегетативного коэффициента и показатели наличия тревоги и компенсации демонстрируют повышение по всем шкалам у группы детей, имеющих аллергическое заболевание (Рис.1). Это означает, что психоэмоциональное состояние ребенка с аллергическим заболеванием отличается тревожностью, более выраженным компенсаторным поведением, повышением нервно-психического неблагополучия, непродуктивной психомоторной активностью, возбудимостью.



Рис.1 График среднегрупповых результатов по шкалам «Восьмицветового теста» Люшера группы детей, имеющих аллергическое заболевание и «условно» здоровых детей

Статистический анализ при помощи применения непараметрического критерия для двух независимых выборок U-критерий Манна-Уитни показал значимые различия по шкале «Компенсация» ($p \leq 0,05$), результаты представлены в таблице 5. Исходя из данных, представленных в таблице 5, можно сказать, что дети, имеющие аллергическое заболевание, более склонны к проявлению компенсации по сравнению с «условно» здоровыми детьми. Компенсация в данном случае (цвет – черный), свидетельствует о неблагоприятном, безуспешном компенсаторном поведении.

Таблица 5

Значимые результаты анализа различий по критерию Манна-Уитни по шкалам «Восьмицветового теста» Люшера между основной и контрольной группами

Методика	Шкала	Дети с аллергическим заболеванием.	«Условно» здоровые дети	U	Z	p-value	уровень значимости
«Восьмицветовой тест» Люшера	Компенсация	1,83	0,93	315,5	2,109	0,034	*

Примечания:

1. U, Z – нормализация;
2. * – различия на уровне значимости $p \leq 0,05$; ** – различия на уровне значимости $p \leq 0,01$; *** – различия на уровне значимости $p \leq 0,001$.

В процессе прохождения Цветового теста отношений (ЦТО) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда детям было предложено выбрать цвет для матери и отца. Между группами наблюдаются различия в выборе цветов. Для матерей детей, имеющих аллергическое заболевание, преимущественно был выбран фиолетовый цвет (Рис.2). По интерпретации ЦТО фиолетовый цвет символизирует амбивалентное отношение к матери, эмоциональную незрелость.



Рис.2 График среднегрупповых результатов количества выборов цвета «для матери» по методике Цветовой тест отношений (ЦТО) Е. Ф. Бажина и А. М. Эткинда в обеих группах

Нами был проведен корреляционный анализ данных, полученных в результате прохождения методик «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис и «Восьмицветовой тест» Люшера с применением рангового коэффициента корреляции Спирмена, значимые взаимосвязи представлены в таблице 6 ниже.

Таблица 6

Значимые корреляционные связи между показателями методик «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис и «Восьмицветовой тест» Люшера в основной группе

	Суммарное отклонение от аутогенной нормы	Тревожность	Компенсация
Гиперпротекция (Г+)	-	0,56**	0,36*
Игнорирование потребностей ребенка (У-)	-	0,41*	-
Чрезмерность санкций (С+)	-	-	0,41*
Неустойчивость стиля воспитания (Н)	0,39*	-	
Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК)	-	-	0,39*

Примечание -0,36* – различия на уровне значимости $p \leq 0,05$; 0,56** – различия на уровне значимости $p \leq 0,01$

Стоит отметить, что все, приведенные в таблице 8, взаимосвязи были обнаружены только в основной группе. Исходя из этого, можем считать, что описываемые ниже характеристики свойственны только данной группе и являются ее отличительными особенностями. На уровне значимости $p \leq 0,01$ была выявлена умеренная положительная корреляционная взаимосвязь ($k=0,56$) по шкалам «Тревожность» и «Гиперпротекция (Г+)». Кроме того, между шкалами «Гиперпротекция (Г+)» и «Компенсация» также наблюдается слабая положительная корреляционная взаимосвязь ($k=0,36$) на уровне значимости $p \leq 0,05$. Так, при усилении гиперопекающего стиля воспитания, у ребенка повышается уровень тревоги и компенсаторное поведение. И наоборот, чем больше ребенок проявляет тревожность и при помощи компенсаторного поведения пытается с ней справиться, тем больше родитель будет применять гиперопекающий стиль воспитания.

Также, наблюдается слабая положительная корреляционная взаимосвязь ($k=0,41$), $p \leq 0,05$ между шкалами «Тревожность» и «Игнорирование потребностей ребенка (У-)». Игнорирование потребностей ребенка усиливает тревогу. Кроме того, между шкалами «Чрезмерность санкций (С+)» и «Компенсация» мы можем увидеть слабую положительную корреляционную взаимосвязь ($k=0,41$), $p \leq 0,05$. Более строгие меры наказания, чрезмерное реагирование даже на незначительные нарушения поведения взаимосвязано с ростом компенсаторного поведения ребенка, таким образом он пытается справиться со сложившейся стрессовой ситуацией. И напротив, активное компенсаторное поведение ребенка сталкивается с ответной реакцией родителя в виде строгих наказаний.

На уровне значимости $p \leq 0,05$ были выявлены слабые положительные корреляционные взаимосвязи ($k=0,39$) по шкалам «Суммарное отклонение» и «Неустойчивость стиля воспитания (Н)», «Компенсация» и «Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК)». Таким образом, при преобладании неустойчивого стиля воспитания, непоследовательности в реагировании на поведение ребенка, будет наблюдаться рост отклонения от аутогенной нормы – снижение нервно-психического благополучия ребенка. Кроме того, если мать активно проецирует собственные качества на ребенка, тот демонстрирует рост компенсаторного поведения.

Заключение.

Детско-родительские отношения матери и ребенка с аллергическим заболеванием младшего школьного возраста характеризуются преобладанием гиперопекающего стиля воспитания. Матери уделяют своим детям много времени и сил, воспитание ребенка для них является основным в жизни.

У детей с аллергическим заболеванием присутствует условно надежная привязанность к матери, в то время как в группе «условно» здоровых детей – высоконадежная привязанность.

В системе отношений детей с аллергическим заболеванием наблюдается амбивалентное отношение к матери. Для детей, имеющих аллергическое заболевание, характерно наличие нервно-психического напряжения, которое сопровождается выраженным компенсаторным поведением.

Компенсаторное поведение ребенка, имеющего аллергическое заболевание, связано с применением родителем строгих санкций и проецированием собственных черт на ребенка. Нервно-психическое неблагополучие связано с неустойчивым стилем воспитания матери. Гиперопекающий стиль воспитания способствует росту тревожности и компенсаторного поведения детей, имеющих аллергическое заболевание. Уровень тревожности связан с игнорированием потребностей ребенка.

Психоэмоциональное состояние детей младшего школьного возраста с аллергическими заболеваниями характеризуется: наличием негативизма; вегетативным возбуждением, стремлением к моторной деятельности; стремлением к самоутверждению; неудовлетворенностью своим физическим состоянием; проявлением сдержанности.

Причина интереса к данной теме «кроется в социально-психологическом аспекте проблемы» [16]. Более углубленное и расширенное исследование выявленных параметров, позволит создать эффективную программу клинко-психологического сопровождения ребенка с аллергическим заболеванием, оптимизации и коррекции детско-родительских взаимоотношений.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб., 2002 – 560 с.
2. Авдеева Н.Н., Хохлачёва И.В. Особенности привязанности ребенка к матери, стиль детско-родительских отношений. М.: Смысл, 2013 135 с.
3. Голованова И.А. Исследование привязанности, эмоциональной регуляции и психомоторного развития в диаде «мать - ребенок с аллергическим заболеванием» / И. А. Голованова, Л. В. Павлей // Медицинская психология в России. – 2023. – Т. 15, № 1(78). – С. 2. – EDN RPYGXF.
4. Елиашвили М.Н. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (на примере аллергических болезней). Автореф. дисс. на соиск.уч.ст. к.пс.н. Москва, 2012. <https://elibrary.ru/item.asp?id=30370620>

5. Здоровье подростков и молодежи. – Текст: электронный // Всемирная организация здравоохранения. – 2023. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. – Дата публикации: 28.04.2023.
6. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004. – 384 с., илл.
7. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс: психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – Санкт-Петербург: Речь, 2005. – 400 с.
8. Коробкова М. М. Исследование особенностей взаимоотношений и привязанности в диаде "мать-ребенок с аллергическим заболеванием" / М. М. Коробкова, Л. В. Павлей // Актуальные вопросы медицинской науки. – 2023. – № 1(1). – С. 45-51. – EDN NQHPVQ.
9. Конева Е. В. Врач и пациент в контексте психологической науки / Е. В. Конева, В. К. Солондаев. – Ярославль: ООО "Филигрань", 2024. – 180 с. – ISBN 978-5-605-11784-1. – EDN HWRBNM.
10. Золотова И.А. Невротические состояния женщин и особенности отношения к новорожденному в ситуации «отягощенного» материнства / И.А. Золотова // Аутизм и нарушения развития. – 2024. – Т. 22, № S1. – С.45-51. – DOI 10.17759/autdd.2024220106.
11. Современная семья: переосмысление контекстов / В. В. Груздев, О. А. Екимчик, В. Н. Ершов [и др.]. – Кострома: Костромской государственный университет, 2020. – 264 с. – ISBN 978-5-8285-1130-3
12. Павлей Л.В., Солодчук О.Н. Качество жизни и психическое развитие детей с острыми респираторными инфекциями, находящимися на лечении в стационаре / Смальта №3, 2024 <https://smalta-ckt.ru/article/view/676>
13. Солодчук О.Н., Павлей Л.В. Качество жизни пациентов детского педиатрического отделения в контексте пациентоориентированного подхода. /Медицинская сестра, 2024; (4): 30-32 <https://doi.org/10.29296/25879979-2024-04-05>
14. Урываев В.А. Введение в педиатрическую психологию. Практикум. Учебное пособие для студентов педиатрического факультета медицинских ВУЗов / Урываев В. А., Ковалевский В. А. – Ярославль-Красноярск, ЯГМА-КрасГМУ, 2009.
15. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2008.
16. Золотова И.А. Исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты как индикатора формирования дисфункциональных отношений в системе "мать - дитя" у женщин различных возрастных категорий / И.А. Золотова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2021. – Т. 27, № 2. С.135-142. – DOI 10.34216/2073-1426-2021-27-2-135-142
17. Chad Z. Allergies in children. Paediatr Child Health. 2001 Oct;6(8):555-66. doi: 10.1093/pch/6.8.555. PMID: 20084126; PMCID: PMC2805592.

References:

1. Antropov Yu.F., Shevchenko Yu.S. Treatment of children with psychosomatic disorders. - SPb., 2002 - 560 p.
2. Avdeeva N.N., Khokhlacheva I.V. Features of child attachment to mother, style of parent-child relationships. Moscow: Smysl, 2013 135 p.
3. Golovanova I.A. Study of attachment, emotional regulation and psychomotor development in the dyad "mother - child with an allergic disease" / I.A. Golovanova, L.V. Pavley // Medical Psychology in Russia. - 2023. - Vol. 15, No. 1 (78). - P. 2. - EDN RPYGXF.
4. Eliashvili M.N. Peculiarities of parent-child relationships in families raising children with disabilities (using allergic diseases as an example). Abstract of dissertation for a PhD in Psychology. Moscow, 2012.
5. Health of adolescents and young people. - Text: electronic // World Health Organization. – 2023. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. – Publication date: 28.04.2023.
6. Isaev D. N. Child medical psychology. Psychological pediatrics. - St. Petersburg: Rech, 2004. - 384 p., ill.
7. Isaev D. N. Emotional stress: psychosomatic and somatopsychic disorders in children / D. N. Isaev. - St. Petersburg: Rech, 2005. - 400 p.
8. Korobkova M. M. Study of the features of relationships and attachment in the dyad "mother-child with an allergic disease" / M. M. Korobkova, L. V. Pavley // Actual issues of medical science. – 2023. – No. 1(1). – P. 45-51. – EDN NQHPVQ.

9. Koneva E. V. Doctor and patient in the context of psychological science / E. V. Koneva, V. K. Solondayev. – Yaroslavl: OOO "Filigran", 2024. – 180 p. – ISBN 978-5-605-11784-1. – EDN HWRBNM.
10. Zolotova I. A. Neurotic states of women and features of attitude towards the newborn in the situation of "burdened" motherhood / I. A. Zolotova // Autism and developmental disorders. – 2024. – Vol. 22, No. S1. – P. 45-51. – DOI 10.17759/autdd.2024220106.
11. The Modern Family: Rethinking Contexts / V. V. Gruzdev, O. A. Ekimchik, V. N. Ershov [et al.]. – Kostroma: Kostroma State University, 2020. – 264 p. – ISBN 978-5-8285-1130-3
12. Pavley L. V., Solodchuk O. N. Quality of life and mental development of children with acute respiratory infections undergoing hospital treatment / Smalta No. 3, 2024 <https://smalta-ckt.ru/article/view/676>
13. Solodchuk O. N., Pavley L. V. Quality of life of patients in the pediatric department of children's pediatrics in the context of a patient-oriented approach. / Nurse, 2024; (4): 30-32 <https://doi.org/10.29296/25879979-2024-04-05>
14. Uryvaev V. A. Introduction to pediatric psychology. Workshop. Textbook for students of the pediatric faculty of medical universities / Uryvaev V. A., Kovalevsky V. A. – Yaroslavl-Krasnoyarsk, YSMA-KrasSMU, 2009.
15. Eidemiller E. G., Yustitskis V. Psychology and psychotherapy of the family. – St. Petersburg: Piter, 2008.
16. Zolotova I.A. Study of the features of the psychological component of gestational dominant as an indicator of the formation of dysfunctional relationships in the "mother - child" system in women of different age categories / I. A. Zolotova // Bulletin of the Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics. – 2021. – Vol. 27, No. 2. – P. 135-142. – DOI 10.34216/2073-1426-2021-27-2-135-142
17. Chad Z. Allergies in children. Paediatr Hild Healthn. 2001 Oct;6(8):555–66. doi: 10.1093/pc/6.8.555. PMID: 20084126; PMSID: PMS2805592.

FEATURES OF PARENT-CHILD RELATIONSHIPS IN FAMILIES WITH CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH ALLERGIC DISEASE

Pavley L., Korobkova M.
Yaroslavl State Medical University

Abstract. The article is devoted to the problem of parent-child relationships in a school-age child with an allergic disease (atopic dermatitis, hay fever, etc.). The purpose of the study is to examine the characteristics of parent-child relationships in families with primary school-age children with an allergic disease. The sample consisted of 120 people: 30 mother-child pairs: 30 children aged 7 to 12 years with allergic diseases, patients of the day hospital of the allergology department and 30 mothers and 30 mother-conditionally healthy child pairs. The results of the study of parent-child, mother-child relationships in families with children with allergic diseases were obtained, the prevailing parenting style, the degree of reliability of the child's attachment to the mother, the characteristics of the child's psychoemotional state, as well as his attitude to significant relatives were determined. Parent-child relationships between a mother and a child with an allergic disease of primary school age are characterized by the predominance of an overprotective parenting style, expressed compensatory behavior of the child. Conditionally secure attachment.

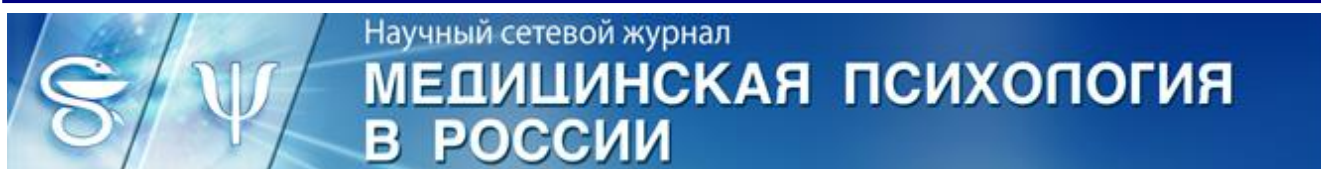
Key words: parent-child relationships, children, allergic diseases, primary school age, attachment, mother-child relationship with illness.

For citation

Pavley L.V., Korobkova M.M. Features of parent-child relationships in families with children of primary school age with allergic disease. // Medical Psychology in Russia: Network Scientific. Zhurn. – 2024. – Vol. 16, No. 4 (85). – P. 35-44 – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 01.11.2024

Accepted for publication 01.11.2024.for all articles № 4(85) 2024



УДК 159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ

Мануковская Д.А. (Воронеж, Россия)



Мануковская Д.А.

Аспирантка кафедры педагогики и педагогической психологии
Воронежский государственный университет

Аннотация.

В условиях быстро меняющегося мира и постоянно растущих требований к образовательному процессу, психологическая устойчивость студентов становится важным фактором для успешного обучения и личностного развития студентов. В данной статье автор рассматривает основные компоненты психологической устойчивости, такие как стрессоустойчивость, адаптивность и эмоциональная регуляция, и ее влияние на академическую и социальную жизнь современных студентов. Автор также рассматривает основные методы и стратегии, способствующие развитию психологической устойчивости, включая когнитивно-поведенческие техники, развитие навыков саморегуляции и поддержание здорового образа жизни. Особое внимание уделяется роли образовательных учреждений в создании благоприятной среды для укрепления психологической устойчивости студентов.

Ключевые слова: психологическая устойчивость, студенты, стрессоустойчивость, адаптивность, эмоциональная регуляция, саморегуляция, образовательная среда.

Для цитаты Мануковская Д. А. Психологическая устойчивость современной личности студентов. // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 4(85). – С. 45-53 – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гггг).

Введение.

Актуальность темы исследования определяется тем, что современные студенты испытывают постоянный стресс из-за быстро меняющихся и растущих академических требований, финансовых трудностей и неуверенности в завтрашнем дне. Технологические инновации и постоянные нововведения требуют от студентов не только глубоких знаний в своей профессиональной области, но и способности быстро учиться и адаптироваться в изменяющихся условиях.

Проведя анализ научных материалов и исследований психологической устойчивости личности, можно сделать вывод о том, что, несмотря на общую изученность, данная проблема остается достаточно актуальной на сегодняшний день, так как образовательная среда современной высшей школы уделяет недостаточно внимания формированию психологической

устойчивости будущего специалиста. Современные психологи О.Б. Дарвиш, С.В. Духновский и А.А. Брюзгин и приходят к выводу, что особенности современного развития общества, фактическая социальная неопределенность, а также связанные с ней постоянно изменяющиеся индивидуальные ситуации развития человека требуют актуализации действий по формированию психологической устойчивости личности студентов и более глубокого анализа данной проблемы [1, 2].

За последние годы число случаев роста тревожных расстройств и высокого стресса среди студентов только растет. Психологи и социологи со всего мира связывают такое с быстроизменяющимися условиями образовательной среды и возросшими социальными и академическими требованиями по отношению к студентам.

Так, например, современный психолог в области психологии С.В. Матвеева относит следующие факторы, влияющие на возникновение высокого уровня стресса у современных студентов:

1. Непривычная нагрузка и повышенные академические требования. Перейдя из школы в среднее и высшее учебное заведение, молодые люди сталкиваются с новыми условиями и требованиями к их обучению. Высокая академическая нагрузка, завышенные ожидания со стороны окружающих по поводу успешности их обучения и новая социальная обстановка приводит к формированию у студентов высокого уровня стресса, который особенно выражен на начальном этапе обучения.

2. Несовпадение ожиданий и реальности обучения. Многие студенты поступают в вуз, имея определенные ожидания относительно учебного процесса и будущей карьеры. Однако реальность часто разочаровывает их, что вызывает у студентов разочарование и желание прервать учебную деятельность.

3. Наличие финансовых трудностей, связанных с невозможностью студентов совмещать работу и обучение. Студенты очного обучения часто сталкиваются с проблемой нехватки финансовых средств и невозможностью исправить свое положение выходом на работу. Необходимость посещать учебное заведение каждый день вынуждает студентов испытывать дефицит финансовых средств и особое напряжение, связанное с невозможностью решить данную проблему.

4. Повышенное давление и внимание со стороны сверстников и общества. Попадая в новую образовательную среду, студенты сталкиваются с повышенной конкуренцией и давлением со стороны педагогов. Из-за чего студенты испытывают особый стресс, связанный с желанием соответствовать требованиям и нормам общественности.

5. Высокие ожидания от себя и страх неудачи перед сдачей экзаменов. Студенты часто устанавливают для себя высокие стандарты, стремясь к академическому и личностному совершенству. Страх неудачи, особенно перед важными экзаменами, может приводить к значительному стрессу и даже к выгоранию, связанному с учебной деятельностью.

6. Недостаток свободного времени. Совмещение учебы, личной жизни и работы требует от студентов умения эффективно управлять своим временем. Недостаток времени на отдых и восстановление сил приводит к физическому и эмоциональному истощению. А при долгом отсутствии отдыха формирует чувство апатии и нежелание продолжать академическую деятельность дальше [3].

В связи с наличием множества факторов, вызывающих повышенный стресс у студентов, Л.М. Аболин отмечает, что особенно актуальным становится изучение особенностей психологической устойчивости студентов и рассмотрение основных факторов, влияющих на ее поддержку и развитие [4].

Наибольший вклад в рассмотрение проблем и особенностей психологической устойчивости, а также стабильности и надежности личности, как важнейших факторов, влияющих на нее, внесли такие ученые и исследователи как Л.М. Аболин, В.В. Аршавский, Л.С. Выготский, Ю.М. Десятникова, Е.П. Ильин, Л.В. Заварзина, Л.Д. Кудряшова, А.Н. Леонтьев, В.Л. Маришук, О.Д. Привалов, С.Л. Рубинштейн, В.С. Ротенберг.

В переводе с английского, «психологическая устойчивость» означает стойкость и жизнеспособность. В научном сообществе данное понятие трактуется большинством ученых как способность своевременно и эффективно справляться с негативным влиянием на личность, успешно восстанавливать поле ресурсов и сохранять эмоциональное равновесие [5].

Широкое распространение в научной практике данное понятие получило в 70-80-х годах XX века благодаря исследованиям Э. Вернер. Ученый провела исследование проблемы выживаемости гавайских детей, которое показало, что независимо от условий проживания, уровня дохода и социального статуса, существует знаковый маркер

выживаемости испытуемых - психологическая устойчивость личности, которая и влияет на способность детей адаптироваться в быстроизменяющихся условиях [6].

По мнению Э. Вернер «психологическая устойчивость» представляет собой способность человека справляться с возникающими проблемами и трудностями, сохраняя при этом эмоциональную стабильность и высокий уровень эффективности. Исследования по данной теме более подробно описал американский исследователь А.С. Мاستен. Они показали, что дети, обладающие высокой психологической устойчивостью, имеют более высокие шансы на успешное развитие и достижение жизненных целей, несмотря на экономические и социальные трудности. Такое открытие оказало позволило более детально изучить особенности проявления психологической устойчивости личности и сделать выводы о том, что несмотря на внешние препятствия и трудности личность может успешно развиваться и преодолевать их опираясь на свои психологические аспекты [7].

В настоящий момент понятие «психологическая устойчивость» рассматривается психологами и учеными, работающими с данным определением, как понятие, отражающее способность человека адаптироваться к стрессовым ситуациям, объективно оценивая свои силы и окружающую обстановку и рационально выбирая наиболее подходящим пути решения проблемы [8].

Психологическая устойчивость представляет собой совокупность нескольких психологических аспектов личности, которые включают в себя такие как эмоциональная регуляция, когнитивная гибкость, способность к решению проблем и наличие поддерживающих социальных связей. Данные аспекты позволяют личности не только успешно справляться с возникающими трудностями, но и анализировать полученный жизненный опыт, извлекая из него пользу, влияющую на дальнейшее личностное и профессиональное развитие.

Российский психолог И.С. Виноградова к основным факторам, определяющим психологическую устойчивость личности относит следующие факторы:

1. Индивидуальные и личностные особенности характера. К таким особенностям автор относит целеустремленность, оптимизм (умение видеть положительное даже в негативных ситуациях), мобильность (умение адаптироваться в кратчайшие сроки к изменяющейся ситуации), стрессоустойчивость и высокий уровень эмоциональной устойчивости (отсутствие «эмоциональных качелей», вспыльчивости, слабой эмоциональной регуляции).

2. Наличие устойчивых социальных связей. Такие связи подразумевают наличие поддержки со стороны первичных агентов социализации (семьи, друзей, коллег), которые позволяют личности не чувствовать себя одинокой и не испытывают потребности в общении и поддержки в кризисных ситуациях.

3. Развитые когнитивные способности. К таким способностям относятся: высокий уровень критического мышления, способности анализа, рефлексии, гибкость мышления, умение объективно оценивать ситуацию и другие.

4. Сформированная эмоциональная сфера. Данный фактор включает в себя развитую эмоциональную регуляцию личности, проявляющуюся в умение контролировать свои эмоции даже в стрессовых ситуациях, а отсутствие импульсивных реакций, умение выражать свои чувства и эмоции рациональным способом, а также умение рационально анализировать чувства и эмоции других людей.

5. Необходимый жизненный опыт и навыки. Так как психологическое устойчивостью является приобретённым навыком, накопленный жизненный опыт является решающим фактором в умении противостоять трудным жизненным ситуациям и преодолевать их.

6. Хорошо развитое физическое здоровье. Физическая подготовка является неотъемлемой частью психологической устойчивости, так как относится к одной из составляющих аспектов психологического здоровья. Хорошее физическое здоровье позволяет человеку поддерживать общее благополучнее организма и укреплять нервную систему [9].

Многие психологи, в том числе Г.Г. Аракелов, В.В. Аршинова, Г.Е. Жданова, изучая особенности психологической устойчивости отмечают наличие в ней таких факторов, как мотивационная готовность личности к возможным испытаниям, наличие внутреннего ресурса и сил для преодоления трудностей, высокая работоспособность, активная жизненная позиция, стрессоустойчивость и другие [10].

Психологическая устойчивость студентов является важным аспектом их успешного обучения и общего благополучия. В условиях постоянного стресса, связанного с учебной нагрузкой, социальными взаимодействиями и личными проблемами, способность сохранять эмоциональное равновесие и эффективно справляться с трудностями становится ключевым фактором. А.Г. Корнилова отмечала, что понимание факторов, влияющих на психологическую

устойчивость, может помочь в разработке стратегий поддержки студентов и улучшении их академической и личной жизни [11].

В своих работах американский исследователь С.К. Кобаса подчеркивает, что основные компоненты психологической устойчивости, такие как стрессоустойчивость, адаптивность и эмоциональная регуляция, играют ключевую роль в жизни студентов, влияя на их академические успехи и на социальные взаимодействия. Развитие стрессоустойчивости, адаптивности и эмоциональной регуляции, по мнению автора, помогает студентам не только успешно справляться с учебными задачами, но и строить крепкие социальные связи, что в конечном итоге способствует их личностному и профессиональному росту. Так, по мнению С.К. Кобаса, в условиях быстро меняющегося мира эти навыки становятся неотъемлемой частью успешной жизни, и их развитие должно быть приоритетом как для самих студентов, так и для образовательных учреждений [12].

Формирование психологической устойчивости личности студента приобретает особую значимость в контексте современных социальных, экономических и культурных изменений, так как студенты являются будущими специалистами, лидерами и гражданами, а уровень их психологического благополучия определяет успешность дальнейшего обучения и их личностное развитие.

В современном образовательном процессе психологическая устойчивость студентов рассматривается как ключевой фактор, влияющий на их успешную адаптацию к учебному процессу и новой среде, а также как фактор, определяющий успешность дальнейшего обучения. Психологическая устойчивость в данном контексте подразумевает способность студентов справляться с различными стрессовыми ситуациями, которые могут возникать в процессе обучения, будь то академические нагрузки, социальные взаимодействия или личные проблемы [13].

По мнению О.В. Фарапоновой, на формирование психологической устойчивости студентов оказывает влияние множество факторов. В том числе их возрастные особенности, проблемы с поиском идентичности, стремлением к самостоятельности, умение справляться со сложными задачами и работать в режиме многозадачности, педагогические подходы и наличие поддержки и т.д. В совокупности данные факторы помогают студенту не только справляться с учебными трудностями, но и развиваться, становясь более сильной и уверенной в себе личностью [14].

Психологическая устойчивость студентов рассматривается многими психологами (А.Г. Асмоловым, А.Н. Леонтьевым, И.В. Клименко, С.Н. Гончаров и другие) как важный элемент в подготовке к будущей профессиональной деятельности. Способность справляться с трудностями и адаптироваться к изменениям является ключевой компетенцией в современном мире, где профессиональная среда часто требует гибкости и стрессоустойчивости. Таким образом, развитие устойчивости в период обучения не только способствует успешной адаптации к учебному заведению, но и закладывает основу для успешной профессиональной карьеры [15].

В структуру психологической устойчивости личности студента входят когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты личности. Л.М. Костина описывает «когнитивный компонент» как познавательную активность; гибкость в принятии решений; психологическая компетентность, как интериоризованные психологические знания, психологические умения и навыки, которые интегрируются в компетентные способы и стратегии поведения за счет субъективного контроля личности. Эмоциональный компонент – это рефлексивные способности, эмоциональный интеллект, саморегуляция и стрессоустойчивость, позволяющие конструктивно преодолевать психологические барьеры, возникающие в кризисных ситуациях; поведенческий компонент – это навыки целеполагания, активность, решительность, упорство, коммуникативная и конфликтная компетентность [16].

В своих работах кандидат психологических наук А.О. Широкоступова выделяет внешние факторы, составляющие психологическую устойчивость личности студентов: социальная поддержка, образовательная среда, семейное окружение. Рассмотрим каждый из факторов подробнее:

1. Социальная поддержка. Социальная поддержка играет важную роль в формировании психологической устойчивости студентов. Она проявляется в таких формах, как: поддержка со стороны друзей, однокурсников, преподавателей и других значимых для студента людей. Наличие надежной социальной поддержки позволяет студентам успешно справляться с трудностями, преодолевать стресс получать необходимую эмоциональную поддержку. Исследования психологов показывают, что именно те студенты, которые имеют хорошую

социальную поддержку, более устойчивы к стрессу и лучше адаптируются к новым академическим условиям и требованиям.

2. Образовательная среда. Образовательная среда представляет собой место, которое оказывает значительное влияние на психологическую устойчивость личности студентов, так как именно там он проводит большую часть своего времени. Доброжелательная и поддерживающая атмосфера в учебном заведении способствует развитию уверенности в себе и мотивации к обучению. Преподаватели, которые оказывают поддержку студентам, могут значительно повысить уровень их психологической устойчивости. Кроме того, наличие консультационных служб, служб психологической поддержки и вузовских программ по развитию навыков управления стрессом, также способствуют укреплению психологической устойчивости личности студентов.

3. Семейное окружение. Семейное окружение является одним из ключевых факторов, влияющих на психологическую устойчивость личности студентов. Оказание всесторонней поддержки со стороны семьи значительно облегчают процесс обучения, позволяя студентам успешно справляться со стрессовыми ситуациями, без вреда для своего психического здоровья. Поддержка со стороны семьи позволяет студенту не бояться выражать свои истинные чувства и эмоции. Студенты, имеющие такую поддержку, также не чувствуют себя одинокими, сталкиваясь с проблемой и не бояться ошибиться, решая определенные задачи в процессе обучения [17].

Поддержание психологического здоровья студентов предполагает организацию работы по эффективному овладению профессиональными компетенциями, формированию специфического профессионального мышления. Такая работа включает в себя реализацию субъектного способа жизнедеятельности через проявление своих способностей, отстаивания своего мнения, преодоление трудностей в ситуации неопределенности. Поддержание психологической устойчивости личности студентов также осуществляется через осознание человеком его способности обходить негативные внешние и внутренние влияния и выступает одной из важных предпосылок для достижения субъективного благополучия как основы устойчивого личностного и профессионального развития.

Несмотря на то, что стрессовые ситуации являются неотъемлемой частью жизни студентов, в условиях интенсивного учебного процесса сохранение психологической устойчивости становится необходимым этапом для достижения высоких образовательных целей и успешной адаптации к новым социальным условиям. В данных условиях влияние стрессовых ситуаций и способность студентов их преодолевать становится ключевой в формировании психологической устойчивости личности.

Автор многочисленных работ по педагогике и психологии Л.В. Куликов в своих работах описывает влияние стрессовых ситуаций на психологическую устойчивость студентов, как дополнительный стимул для достижения новых целей и развития навыков адаптации. По мнению автора, стрессовые ситуации позволяют студентам находить нестандартные решения для преодоления возникающих трудностей и учат их успешно преодолевать личные барьеры, способствуя личностному росту [18]. Л.В. Куликов также отмечает, что регулярное столкновение студентов со стрессовыми ситуациями приводит к выработке у них терпимости и способствует укреплению психологической устойчивости, что позволяет студентам более уверенно справляться с будущими вызовами.

Наличие умеренного уровня стресса в жизни студентов позволяет им поддерживать достаточно высокий уровень мотивации для достижения целей, развивать умение концентрироваться на важных аспектах и сохранять свою продуктивность. Это связано с тем, что, когда студенты сталкиваются с определенными вызовами или дедлайнами (сжатыми сроками для выполнения образовательных задач или проектов), это может побуждать их к более активным действиям и стремлению к достижению поставленных целей в ограниченных сроках.

Умение концентрироваться и управлять своим временем является для студентов ценным навыком, который пригодится им в будущей профессиональной деятельности. Такие навыки являются приобретёнными и формируются в процессе активного учебного и жизненного опыта. Студенты, которые умеют эффективно концентрироваться и управлять своим временем, способны более успешно справляться с академическими задачами, что в свою очередь способствует их личностному и профессиональному росту.

Российский ученый Е.П. Ильин, изучая особенности влияния стресс-факторов на формирование психологической устойчивости личности студентов отмечал, что развитие и укрепление психологической устойчивости у студентов является важной задачей образовательного процесса. Автор подчеркивал, что психологическая устойчивость помогает

студентам справляться с академическими и личными трудностями, способствует их адаптации к изменяющимся условиям и повышает общую эффективность обучения. Е.П. Ильин также указывал на необходимость разработки специальных программ и методик, направленных на развитие психологической устойчивости студентов, включая проведение в условиях обучения тренингов по управлению стрессом, мероприятий, направленных на развитие навыков саморегуляции и эмоционального интеллекта и других мероприятий, способствующих поддержанию психологической устойчивости студентов [19].

Проведение психологических тренингов и программ по поддержанию психологического здоровья студентов в условиях образовательного учреждения может способствовать успешному преодолению студентами стрессовых ситуаций и психологических барьеров, связанных со страхом неудачи или невозможностью оправдать ожидания окружающих их людей.

Современный психолог Л.Н. Смотровя разрабатывает программы по поддержанию психологического здоровья и развитию психологической устойчивости студентов в условиях образовательного учреждения. По мнению автора, такие мероприятия должны быть систематическими и должны включать в себя следующее аспекты:

1. Формирование у студентов навыков управления стрессом. Данное направление работы включает в себя обучение студентов техникам релаксации (практики медитации, дыхательные упражнения и прогрессивную мышечную релаксацию, которые помогают снизить уровень стресса), развитие осознанного поведения и планирование тайм-менеджмента.

2. Развитие эмоционального интеллекта. Такое направление работы предполагает проведение мероприятий, направленных на обучение студентов навыкам эмпатии, осознанию своих и чужих эмоций, а также развитию коммуникативных навыков. Студенты учатся идентифицировать свои эмоции и эмоции окружающих, что способствует лучшему пониманию себя и позволяет формировать новые коммуникативные связи с другими людьми.

3. Развитие способности к эмпатии и эффективному взаимодействию с другими людьми помогает студентам в построении здоровых межличностных отношений и укреплению уже имеющихся социальных связей. Поддержка со стороны окружающих является необходимым условием для поддержания психологической устойчивости студентов.

4. Оказание регулярной психологической поддержки и помощи. Данное направление работы включает в себя проведение индивидуальных и групповых консультаций психолога для профилактики эмоционального выгорания студентов, помощи в преодолении трудных жизненных ситуаций и развитие необходимых навыков и умений. Создание дополнительных групп поддержки может способствовать сплочению коллектива, формированию обстановки доверия и снижения эмоционального напряжения среди студентов.

5. Развитие навыков решения проблем и конфликтных ситуаций. Данное направление работы предполагает развитие у студентов в процессе обучения навыков анализа, выводов и критического мышления. Обучение методам разрешения конфликтов, включая переговоры и медиацию, также помогает студентам эффективно справляться с разногласиями и не провоцировать возникновение конфликтов, которые являются дополнительным источником стресса.

6. Формирование высокого уровня мотивации и умения постановки целей. Проведение тренингов, направленных на повышение внутренней мотивации и уверенности в своих силах, способствуют поддержанию высокого уровня мотивации к обучению студентов и является хорошим способом формирования навыков самомотивации и самодисциплины, которые помогают студентам сохранять фокус и настойчивость в достижении своих целей [3].

К основным принципам, способствующим развитию психологической устойчивости личности студентом многие ученые также относят принципы системности, научности, целостности, развития, гуманитарной направленности образовательного пространства, принцип эмпатии, персонализации и диалогичности, психолого-педагогической поддержки развития личности.

Эффективная модель развития психологической устойчивости личности студента представлена единством трех этапов: информационного, формирующего, диагностического. Этапы направлены на развитие основных ее компонентов (когнитивного, эмоционального и поведенческого). Эффективное развитие психологической устойчивости студентов обеспечивается соблюдением следующих психолого-педагогических условий:

- ориентация на реализацию принципов сотрудничества и личностно ориентированного подхода;
- формирование у студентов установок на сохранение психологического здоровья;
- применение методов психологической науки в педагогической практике;

- учет индивидуальных особенностей студентов, ориентация на проявление субъектности студентов;
- учет специфики будущей профессиональной деятельности в подготовке студента в вузе;
- активное применение на практике методов психодиагностики, психопрофилактики, методов саморегуляции [20].

Таким образом, нами были сделаны выводы о том, что психологическая устойчивость современной личности студентов является важным аспектом, который определяет их способность справляться с различными стрессовыми ситуациями и вызовами, возникающими в процессе обучения и социальной жизни. В условиях быстрого развития технологий и постоянных изменений в обществе, студенты сталкиваются с множеством факторов, которые негативно влияют на их психическое здоровье и эмоциональное самочувствие. В этом контексте особое внимание уделяется роли образовательных учреждений в создании благоприятной среды для укрепления психологической устойчивости студентов.

Образовательные учреждения играют ключевую роль в формировании психологической устойчивости, предоставляя студентам не только академические знания, но и поддержку в развитии личностных и социальных навыков. Важно, чтобы университеты и колледжи создавали условия, способствующие развитию эмоционального интеллекта, навыков саморегуляции и стрессоустойчивости. Это может быть достигнуто через внедрение программ психологической поддержки, тренингов по управлению стрессом и развитием навыков общения. Кроме того, образовательные учреждения должны поощрять создание сообществ и поддерживающих сетей, где студенты могут делиться своими переживаниями и находить поддержку среди сверстников и преподавателей. Данное направление работы способствует формированию чувства принадлежности и уверенности в своих силах, что является важным элементом психологической устойчивости студентов.

Так, роль образовательных учреждений в укреплении психологической устойчивости студентов неопределима. Создание благоприятной образовательной среды, которая поддерживает развитие личностных качеств и навыков, необходимых для успешного преодоления жизненных трудностей, является залогом формирования устойчивой и адаптивной личности в современном мире.

Список литературы

1. Дарвиш О.Б. Психологическая устойчивость как базовая характеристика личности. Сибирский педагогический журнал. 2008; №7: 362-370.
2. Духновский С.В., Брюзгин А.А. Психологическая устойчивость как условие преодоления критических ситуаций. Вестник Курганского государственного университета. 2008; №1 (11) :131-133. doi: 10.17238/ISSN2223-2524.2008.1.131
3. Матвеева С.В., Смотров Л.Н., Шацков П.А. Исследование психологической устойчивости студентов современного педагогического вуза. Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского. 2024; 78(5): 104-116. doi:10.1038/35057149
4. Аболин Л.М. Эмоциональная устойчивость и пути ее повышения. Вопросы психологии. 1989; №4: 141-148. doi: 10.1186/1471.1989.4.141.
5. Буслаева М.Ю., Долгова В.И. Формирование эмоциональной устойчивости. Челябинск: изд-во РЕКПОЛ, 2010. 205 с.
6. Вернер Э.Э. Устойчивость в развитии. Текущие направления в психологической науке.. 1995; 4(3): 81-5. doi: 10.1089/gtmb.2001.0273
7. Мاستен А.С. Обладович Дж. компетентность и жизнестойкость в процессе развития // Анналы Нью-Йоркской академии наук. 2006; №1094: 13-27. doi:10.1277/112-2164-13-27.
8. Мастен А.С. Обычная магия: уроки исследований устойчивости человеческого развития. Образование Канады. 2009; 49(3): 28-32. doi: 12.14561/ISSN2228-2232.2009.49.3
9. Баранов Е.Г. Информационно-психологическая устойчивость личности: сущность и психологическое содержание. Теоретическая и экспериментальная психология. 2017; № 1: 58-64. doi: 10.1093/gbe/evt046.
10. Аракелов Г.Г., Аршинова В.В., Жданова Г.Е. Стресс-факторы, влияющие на формирование психосоциальной устойчивости личности в период студенчества. Психологическая наука и образование. 2018; № 2:52-60. doi: 10.17238/ISSN2223-2524.2018.2.52

11. Корнилова А.Г., Петрова С.Ф. Социально-психологическая адаптация студентов-первокурсников в университете. Проблемы современного педагогического образования. 2019; № 62. Ч. 2: 128-130. doi: 231/3243.2019.62.2.128
12. Кобаса С.К. Стрессовые жизненные события, личность и здоровье: исследование выносливости журнал личностной и социальной психологии. 1979 г. №37, doi 10.1038/ncomms2256
13. Афанасьева А.А., Виноградова И.С., Фаустова А.Г. Психологическая устойчивость и феноменологически близкие категории. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021; № 1:18-27. doi: 10.1002/pro.2659. Epub 2021.18.
14. Фарапонова О.В. Проблема изучения психологической устойчивости личности. Российский психологический журнал. 2007; №4: 90-92. doi: 10.1186/1471.2164.2007.90
15. Клименко И.В., Гончаров С.Н. Психологическая устойчивость как основа личности в ситуациях сложности и неопределенности. ГОУ Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Приднестровская Молдавская Республика, г. Тирасполь. 2021:446-450.
16. Костина Л.М. Подходы к формированию психологической безопасности личности. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2012; № 2(18):72-75. doi: 1145/2234.2012.72
17. Широкоступова А.О. Эмоциональная устойчивость как психологический феномен. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2016; №4: 45-52. doi: 319/2290.2016.45
18. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. СПб.: Питер; 2004. 256 с.
19. Ильин Е.П. Теория функциональной системы и психофизиологического состояния. В кн.: Психические состояния. СПб.: Питер; 2001:73-83. doi: 433/4928.1176.2001.73
20. Казанков В.В. Трехфакторная модель психологической устойчивости субъекта деятельности // Вестник ЛГУ им. А.С.Пушкина. 2010; №3: 65-76. doi:10.1038/35057149

References:

1. Darvish O.B. Psychological resilience as a basic characteristic of personality. Siberian Pedagogical Journal. 2008; No. 7: 362-370.
2. Dukhnovsky S.V., Bryuzgin A.A. Psychological resilience as a condition for overcoming critical situations. Bulletin of Kurgan State University. 2008; No. 1 (11): 131-133. doi: 10.17238/ISSN2223-2524.2008.1.131
3. Matveeva S.V., Smotrova L.N., Shatkov P.A. Study of psychological resilience of students in a modern pedagogical university. Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky. 2024; 78(5): 104-116. doi:10.1038/35057149
4. Abolin L.M. Emotional resilience and ways to improve it. Issues of Psychology. 1989; No. 4: 141-148. doi: 10.1186/1471.1989.4.141
5. Buslaeva M.Yu., Dolgova V.I. Formation of emotional resilience. Chelyabinsk: REKPOL Publishing House, 2010. 205 p.
6. Werner E.E. Resilience in development. Current Directions in Psychological Science. 1995; 4(3): 81-5. doi: 10.1089/gtmb.2001.0273
7. Masten A.S., Obradovich J. Competence and resilience in human development. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006; No. 1094: 13-27. doi: 10.1277/112-2164-13-27
8. Masten A.S. Ordinary magic: Lessons from resilience in human development. Education Canada. 2009; 49(3): 28-32. doi: 12.14561/ISSN2228-2232.2009.49.3
9. Baranov E.G. Information-psychological resilience of personality: Essence and psychological content. Theoretical and Experimental Psychology. 2017; No. 1: 58-64. doi: 10.1093/gbe/evt046
10. Arakelov G.G., Arshinova V.V., Zhdanova G.E. Stress factors affecting the formation of psychosocial resilience in students. Psychological Science and Education. 2018; No. 2: 52-60. doi: 10.17238/ISSN2223-2524.2018.2.52
11. Kornilova A.G., Petrova S.F. Socio-psychological adaptation of first-year students in university. Problems of Modern Pedagogical Education. 2019; No. 62. Part 2: 128-130. doi: 231/3243.2019.62.2.128
12. Kobasa S.K. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology. 1979; No. 37, doi 10.1038/ncomms2256

13. Afanasyeva A.A., Vinogradova I.S., Faustova A.G. Psychological resilience and phenomenologically close categories. *Personality in a Changing World: Health, Adaptation, Development*. 2021; No. 1: 18-27. doi: 10.1002/pro.2659. Epub 2021.18
14. Faraponova O.V. The problem of studying psychological resilience of personality. *Russian Psychological Journal*. 2007; No. 4: 90-92. doi: 10.1186/1471.2164.2007.90
15. Klimenko I.V., Goncharov S.N. Psychological resilience as the basis of personality in situations of complexity and uncertainty. SEI Pridnestrovian State University named after T.G. Shevchenko, Pridnestrovian Moldavian Republic, Tiraspol. 2021: 446-450.
16. Kostina L.M. Approaches to the formation of psychological safety of personality. *Scientific Notes of the St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*. 2012; No. 2(18): 72-75. doi: 1145/2234.2012.72
17. Shirokostupova A.O. Emotional resilience as a psychological phenomenon. *Psychology. Historical-critical reviews and modern research*. 2016; No. 4: 45-52. doi: 319/2290.2016.45
18. Kulikov L.V. Personal psychohygiene. Issues of psychological resilience and psychoprophylaxis. St. Petersburg: Peter; 2004. 256 p.
19. Ilyin E.P. Theory of the functional system and psychophysiological state. In: *Mental States*. St. Petersburg: Peter; 2001: 73-83. doi: 433/4928.1176.2001.73
20. Kazankov V.V. Three-factor model of psychological resilience of the subject of activity. *Bulletin of Leningrad State University named after A.S. Pushkin*. 2010; No. 3: 65-76. doi: 10.1038/35057149

PSYCHOLOGICAL STABILITY OF THE MODERN PERSONALITY OF STUDENTS

Manukovskaya D.A.

Abstract. In a rapidly changing world and ever-increasing demands on the educational process, students' psychological resilience is becoming an important factor for successful learning and personal development of students. In this article, the author examines the main components of psychological resilience, such as stress tolerance, adaptability, and emotional regulation, and its impact on the academic and social life of modern students. The author also examines the main methods and strategies that contribute to the development of psychological stability, including cognitive behavioral techniques, the development of self-regulation skills and maintaining a healthy lifestyle. Special attention is paid to the role of educational institutions in creating a favorable environment for strengthening the psychological stability of students.

Key words: psychological stability, students, stress tolerance, adaptivity, emotional regulation, self-regulation, educational environment.

For citation

Manukovskaya D. A. Psychological stability of the modern personality of students. // *Medical Psychology in Russia: Network Scientific. Zhurn.* - 2024. - T. 16, No. 4 (85). - P. 45-53 - URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 01.11.2024

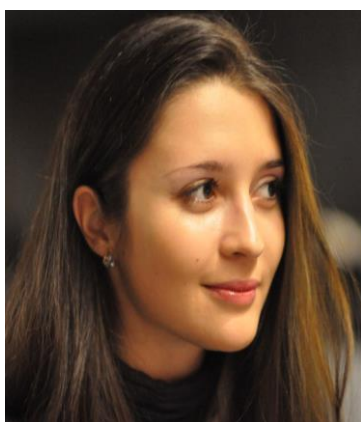
Accepted for publication 01.11.2024.for all articles № 4(85) 2024



УДК 159.9.

КРИЗИСНОЕ ДИСТАНЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ТЕЛЕФОНЕ ДОВЕРИЯ КАК ЗНАЧИМАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ - ЖЕРТВАМ ИНЦЕСТА

Чурина А.А. (Москва, Россия)



Чурина Анастасия Александровна

Психолог сектора дистанционного консультирования «Детский телефон доверия» отдела экстренной психологической помощи Федерального координационного центра по обеспечению психологической службы в системе образования Российской Федерации ФБГОУ ВО Московского государственного психолого-педагогического университета (ФКЦ ФБГОУ ВО МГППУ), член Ассоциации EMDR России, г. Москва, Российская Федерация.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3113-6052>,
E-mail: a.a.churina@gmail.com

Аннотация.

В статье рассматривается технология психологической помощи несовершеннолетним жертвам инцеста в формате дистанционного консультирования на телефоне доверия. Представлены основные понятия, особенности и последствия инцестного взаимодействия для психики ребёнка, предложены варианты концептуализации таких обращений на телефоне доверия, сформулированы основные принципы консультирования данной категории абонентов, анализируются различные мишени, которые важно учитывать при проведении антикризисных интервенций, описаны особенности взаимоотношений между абонентом и консультантом при травме инцеста. Уделяется внимание вопросу эмоциональной стабильности консультанта, а также даются рекомендации по сопровождению абонента, недавно подвергшегося сексуализированному насилию.

Ключевые слова: инцест, сексуализированное насилие, кризисная психологическая помощь, телефон доверия, несовершеннолетние.

Для цитаты Чурина А.А. Кризисное дистанционное консультирование на телефоне доверия как значимая помощь несовершеннолетним жертвам инцеста// Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2025. – Т. 16, № 4(85). – С. 54-63 – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гггг).

Введение.

Зарубежные исследования показали, что инцест является самой распространенной формой сексуального насилия над детьми. Всемирная организация здравоохранения опубликовала данные о том, что каждая пятая девочка и каждый тринадцатый мальчик имеют опыт сексуального насилия в возрасте от 0 до 17 лет [5].

В Российской Федерации ежегодно регистрируется около восьми тысяч случаев насилия над детьми, более 60% из них совершается внутри семьи [10]. До 90% сексуализированного насилия происходит в семье и ближайшем окружении ребёнка. Только в 10% случаев акты насилия совершают незнакомые ребёнку люди. Важно понимать, что это официальная

статистика, сформированная на основе заявлений в органы внутренних дел. Подавляющее большинство случаев насилия над детьми вообще никак не регистрируются.

Телефон доверия является анонимной бесплатной службой, и подчас оказывается единственным возможным для ребёнка способом заявить о совершаемом преступлении, поделиться переживаниями, сопровождающими инцест, получить адекватную профессиональную помощь и информирование. Оказание психологической помощи посредством телефонного консультирования позволяет существенно облегчить негативное влияние травматического опыта абонента [11]. Кроме того, дистанционный формат позволяет получить качественную психологическую помощь детям из любого региона нашей огромной страны.

Консультант телефона доверия нередко оказывается первым и единственным взрослым, способным поверить ребёнку и адекватно отреагировать на происходящее, оказать психологическую помощь. Звонки по данной тематике являются достаточно редкими на фоне общей тематики обращений. За последний год на линию телефона доверия в нашей организации поступило 68 обращений о сексуальном использовании несовершеннолетних, из которых 9 случаев – заявление об инцесте. И вместе с тем, консультанту нужно быть готовым к таким обращениям и уметь грамотно оказать помощь абоненту.

Обращения, связанные с инцестом, всегда являются кризисными, даже если позвонивший не предъявляет острых стрессовых реакций и тяжёлого эмоционального состояния. Подчас обращения на тему инцеста становятся звонками, выходящими за рамки телефонного консультирования, – когда для решения проблемы недостаточно дистанционной психологической помощи, и есть необходимость в социальном, медицинском, юридическом или ином вмешательстве [6].

Базовая грамотность консультантов телефона доверия в отношении инцеста, понимание того, как происходит сексуализированное насилие над детьми, какая профилактика поможет защитить ребёнка, что делать и как помочь, если насилие уже состоялось или продолжается, как обсуждать с ребёнком инцест, понимание, куда перенаправить абонента – то, что поможет сориентироваться в подобных звонках. Важным является оказать профессиональную помощь и сохранить эмоциональную стабильность психолога, оказывающего дистанционную помощь.

Что нужно знать консультантам об инцесте. Основные понятия

Сексуализированное насилие в отношении несовершеннолетнего – это вовлечение ребёнка в сексуальные действия с целью получения удовлетворения или выгоды [1]. Этот специальный термин включает широкий спектр форм и подвидов насилия в отношении детей – и прямое использование ребенка как сексуального объекта, и любое вовлечение ребёнка во взаимодействия интимного характера (сексуальная стимуляция и прикосновения, любые бесконтактные формы насилия: показ порнографии, принуждение к наблюдению за интимными контактами других лиц, распространение интимных фотографий, скрытая съёмка и пр.). Иными словами, под сексуализированным насилием мы понимаем не только сам половой контакт, но и любые действия сексуального характера. Сексуализированное насилие наносит психологическую травму ребёнку и негативно сказывается на его психосексуальном развитии.

Важно: грань между сексом и насилием проходит по границе согласия. Согласие должно быть:

- Добровольным и безопасным (у участников процесса не возникает опасений, что в случае отказа можно пострадать физически, психологически, материально - самому или кому-то из близких людей);
- Активным (все участники выражают своё согласие недвусмысленно и определённо);
- Информированным (оговорены все практики и нюансы контакта, что приемлемо, а что нет);
- Осознанным (состояние полного и трезвого присутствия в текущем моменте, нахождение в ясном состоянии сознания);
- Отзываемым (это значит, что в любой момент любой участник процесса может прекратить любое действие).

Таким образом, легко видеть, что сексуальные действия в отношении детей автоматически не могут быть ненасильственными, и даже если ребёнок формально озвучивает согласие на определённые действия: в силу возраста и недостаточности опыта он не может в полном объёме осознавать контекст и последствия происходящего, ребёнок находится в зависимой позиции (напомним, что возраст сексуального согласия в России – 16 лет).

Инцест - внутрисемейное сексуальное насилие над ребёнком, совершаемое членом его семьи. Так же, как и другие виды сексуализированного насилия, инцест необязательно

предполагает интимную близость, - бесконтактные формы также являются разновидностью инцестуальных отношений.

Правовой аспект

В Уголовном кодексе Российской Федерации есть специальный раздел «Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности», который включает статьи о сексуализированном насилии:

Статья 131. Изнасилование. Под данными деяниями закон подразумевает половое сношение с применением насилия, угроз или использования беспомощного состояния жертвы.

Статья 132. Насильственные действия сексуального характера. Включают «мужеложство, лесбиянство или другие действия сексуального характера с применением насилия, угроз или использования беспомощного состояния жертвы».

Статья 133. Понуждение к действиям сексуального характера. Касается понуждения к половому сношению, мужеложству, лесбиянству или другим действиям сексуального характера через шантаж, угрозы или использование материальной, или иной зависимости жертвы.

Статья 134. Половое сношение и другие действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16 лет.

Статья 135. Развратные действия. Данная статья охватывает только действия без насилия со стороны человека старше 18 лет в отношении ребёнка младше 16 лет. Развратными считаются любые действия, направленные на удовлетворение сексуального влечения виновника, возбуждение жертвы или пробуждение интереса к сексуальным отношениям.

Инцестное взаимодействие

Насилие внутри семьи может совершаться отцами, отчимами, дядями, дедушками, реже - матерями, мачехами, тётями и бабушками [13].

Как отмечает Дж. Герман, на уровне психики не имеет принципиального значения, имеют ли общую кровь отец и ребёнок [12]. Существенно только то, что их сексуальные отношения основаны на силе взрослого и зависимости ребенка [2]. По данным исследований Д. Рассел инцест, где автором насилия выступает отчим, по жестокости не уступает тому, что совершают кровные отцы. В своём исследовании автор также опровергает миф о взаимности и отсутствии вреда в случае инцестных отношений между сиблингами: вследствие возрастной разницы (в 60% случаев возрастные различия между сиблингами составляли минимум 5-10 лет) сексуализированные отношения не могут рассматриваться как равноправные) [14].

Особенности инцестной семьи

Е.В. Ильюк в своём исследовании [9] отмечает типичные особенности семей, в которых происходит инцест в отношении несовершеннолетних: изоляцию от социума (у членов семьи нет друзей), нарушение границ в отношениях (отсутствие личного пространства, общность всех вещей и пр.). Для них также характерны: дисфункциональные межличностные отношения (формальный контакт, тайны, семейные мифы, отсутствие взаимоуважения, присутствуют разные формы насилия, сексуализация ребёнка родителями, триангуляция ребёнка в отношении родителей) и пр.

Джастис (Justice B, & Justice R, 1979) отмечали следующие факторы, которые обнаруживаются в семьях, где встречается инцест: высокий уровень стресса и агрессии у отца, химические зависимости членов семьи, отсутствие регулярных сексуальных отношений между супругами, репрессивность и слабость сексуальной культуры, инфантильность матерей.

Какой опыт получают дети в результате инцеста? Последствия инцестного взаимодействия

Существует множество документально подтверждённых продолжительных последствий инцестного злоупотребления ребенком: эмоциональные нарушения, соматические последствия, сексуальные нарушения, социальная дезадаптация [15].

Наряду с кратковременными и корректируемыми последствиями, сексуальное злоупотребление (особенно длительное) может иметь долгоиграющие последствия и сказываться на жизни уже выросшего человека. У таких взрослых чаще, чем у представителей контрольной группы, диагностируются проблемы в психологической, соматической и сексуальной сферах:

- депрессия;
- суицидальные переживания и самоповреждение;
- соматические нарушения и психические дисфункции;
- симптомы телесной диссоциации;
- симптомы дереализации;

- негативный образ себя и низкая самооценка;
- проблемы в межличностных отношениях;
- повторные сексуальные преследования;
- Сексуальные нарушения [1].
- **Чем раньше случается первый эпизод насилия, тем более серьёзные последствия для личности это несёт.** Продолжительное сексуальное использование формирует **психологию жертвы**. Раз за разом ребёнок обретает опыт беспомощности, привыкает терпеть, подавлять чувства и телесные ощущения. Во взрослом возрасте люди, пережившие опыт инцеста в детстве, легко становятся жертвами насилия, причём не только сексуализированного. Такие люди нередко создают дисфункциональные семьи, где их унижают эмоционально, материально, физически. Они проще становятся жертвами мошенников, шантажистов и преследователей.

В инцестных семьях ребёнка используют, игнорируют его чувства и желания, видят в нём объект. **Функциональному отношению** к себе такие люди учатся с детства. Во взрослой жизни людям с подобным детским опытом свойственна конформность, а из страха быть покинутыми они готовы быть удобными во всём. Функциональное отношение формируется и к телу - психологические травмы такого рода ведут к различным нарушениям в восприятии своего тела и сексуальности.

Инцестная семья - это **система со спутанными границами, ролями, неправильной иерархией**, часто границы отсутствуют вовсе, распространены семейные мифы [4]. Последнее требуется, чтобы особым образом скомпенсировать жизнь в стыде и обмане. Миф о семье, согласованный на подсознательном уровне, не подвергаются сомнению и помогает каждому члену семьи создавать свои психологические защиты при контактах с внешним миром и внутри семьи. Всё это поддерживает гомеостаз семейной системы [3].

Проблемы с идентичностью, в том числе сексуальной, тоже являются последствиями инцеста. Дети в таких семьях не могут быть просто детьми и часто вообще не могут ответить на вопрос: "Кто я?"

По аналогии с механизмом формирования аутоагрессии, у жертв инцеста формируется базовое **чувство вины**, направленное на себя, а не вовне. У абсолютного большинства людей, имеющих опыт сексуализированного насилия в детстве, чувство вины является преобладающим чувством. В детстве дети, которых подвергают насилию, могут винить себя за то, как с ними обращаются; испытывать вину перед вторым родителем за предательство, за возбуждение и удовольствие во время сексуального использования и т.п.

Потребность в близости и привязанности является базовой потребностью ребёнка, и он готов на всё, чтобы её получить [9]. Это механизм адаптации и выживания [7]. **Инцест выступает суррогатом** здоровой привязанности. Привязанность к насильнику является дисфункциональной связью с кем-то, кто является источником и позитивных, и негативных чувств. Отношения с насильником нередко оказываются самыми близкими. Кроме тяжёлых негативных чувств дети - жертвы инцеста испытывают и привязанность к ранящей фигуре, благодарность за проведённое время, подарки и пр. Одна моя клиентка с очень ранним опытом инцеста (в возрасте 5-8 лет) была привязана к насильнику и очень радовалась его "подаркам", которые получала в "обмен" на насилие: цветным проволочкам, самым вкусным огурцам на грядке, чувству избранности, когда среди всех внуков внимание уделялось только ей.

Работа психолога-консультанта с абонентом, подвергшимся инцесту

У ребёнка, обратившегося на телефон доверия с темой инцеста, может быть поверхностный и реальный запрос. Поверхностный (декларируемый) запрос служит для установления контакта и проверки безопасности. Например, ребёнок может рассказывать о проблемах в школе или конфликтах со сверстниками, но в какой-то момент, убедившись, что консультант на линии является безопасным и принимающим взрослым, может сменить тему и начать говорить о происходящем в семье насилии.

Важно понимать, что ребёнок, обратившийся на линию психологической помощи, одновременно хочет рассказать о происходящем сексуализированном насилии в семье и боится это сделать. Две эти психические динамики могут быть слышны в речи абонента (смятение в голосе, неоднократная проверка безопасности: "Звонки точно не записываются?", "Вы никому не передаёте информацию?", "Я могу здесь обо всём рассказать?" и т.п.)

Нас будут интересовать эмоциональные и поведенческие маркеры того, что над ребёнком совершается сексуализированное насилие внутри семьи. В речи абонента (или в рассказе взрослого абонента, который обращается, например, с тем, что ребёнок начал вести себя странно) консультант может расслышать следующее:

- Глубокие и быстрые личностные изменения. Резкое снижение самооценки, подавленность, истерическое поведение, тревожность, уступчивость, угодливость, изоляция и пр.
- Социальная дезадаптация. Ребёнку трудно общаться с ровесниками, уход в изоляцию, отсутствие друзей своего возраста, отказ от общения с прежними друзьями. Неспособность защитить себя, непротивление насилию, позиция жертвы в коллективе.
- Эмоциональные нарушения. Отвращение, стыд, вина, изоляция, гнев, депрессия, ощущение собственной испорченности, мнительность, враждебность. Здесь следует остановиться подробнее:
- ✓ **Вина** даёт иллюзию контроля, крайне необходимую ребёнку: он не может уйти из семьи, в которой совершается насилие, от этих взрослых зависит его жизнь. И тогда «если я виноват (-а), я могу на это повлиять»; «Я провоцирую плохое обращение, а значит, могу его прекратить» – иллюзия контроля позволяет стабилизироваться. Самообвинение закрепляется и воспроизводится автоматически, так как выполняет помогающую функцию – защищает от страха и бессилия.
- ✓ **Стыд** сигнализирует о том, что происходит что-то отвратительное, непотребное, в чём ребёнок принимает участие. Также стыд может быть вторичным, прикрывающим отвращение.
- ✓ **Отвращение** как бы защищает ребёнка от «заражения» и имеет тенденцию к генерализации.
- ✓ **Агрессия** – она часто вторична и прикрывает боль, страх и бессилие.
- ✓ **Возбуждение** также включено в травматическую сеть. Многие насильники намеренно стимулируют детей, чтобы сделать их соучастниками.
- **Поведенческие нарушения.** Агрессия - вплоть до физического насилия, жестокость по отношению к игрушкам и/или домашним животным. Отдельный вид поведенческий нарушений.
- Изменения в проявлениях сексуальности. Сексуализированное поведение, знания о сексуальной жизни, не соответствующие возрасту, сексуальная активность, соблазняющее поведение, сексуальное использование других детей (начиная с младшего школьного возраста), навязчивая мастурбация, проституция.
- Учебные проблемы. Ребёнок просто не может сосредоточиться на образовании, так как находится в постоянном стрессе и не может выйти из психотравмирующей ситуации. Резкое изменение успеваемости, прогулы в школе, отказ от обучения.
- Суицидальность. От антивитаальных переживаний до суицидальных попыток.
- Инверсия ролей в семье. Иногда вплоть до противоположных. Ребёнок берёт на себя функции родителя для своих же родителей (сын становится мужем матери, дочь замещает мать как супругу отца, ребёнок берёт на себя все хлопоты по уходу за младшими детьми и т.п.).
- Уход из дома и бродяжничество. Ребёнок внезапно и "необоснованно" покидает дом и скитается по разным местам.
- Злоупотребление веществами, изменяющими состояние сознания. В жизни ребёнка появляются алкоголь и/или наркотики. В случаях incesta это всегда дезадаптивный способ справиться с ужасом происходящего, анестезироваться, иногда буквальный смысл - "сбежать от реальности".
- Регрессивное поведение. Абонент может рассказывать примеры из жизни, в которых его поведение не соответствовало возрасту, свидетельствует о потере уже приобретенных навыков, проявляет плаксивость, предъясняет нарочито детские интонации, плаксивость, сюсюканье. Может развиваться энурез, энкопрез.
- Фобии или страхи. Не может спать без света, боится замкнутых пространств, не может оставаться в помещении с незнакомым человеком, страх переодеваться/ раздеваться и пр.

Появление невротических и психосоматических симптомов. Тики, нарушения сна и аппетита, соматические болезни, аутоиммунные расстройства.

Консультант должен очень внимательно относиться к описанным выше индикаторам и по возможности аккуратно собирать историю жизни абонента:

Неблагоприятный детский опыт (любые виды насилия, алкоголизация и/или наркотизация членов семьи, тюремное заключение членов семьи, любые травматические ситуации (развод, смерть, военные действия и пр.)

История сексуального поведения до и после первого эпизода насилия;

Любая дополнительная травматизация (отсутствие поддержки, валидации, следственные действия и пр.);

Были ли попытки рассказать о случившемся и происходящем, чем они закончились? / Что не позволяло рассказать о насилии?

Симптомы ПТСР (флэшбэки, дисрегуляция аффекта, интрузии, избегание, и пр.);

Важно, что описанная выше симптоматика не является однозначным индикатором инцестных отношений ребёнка, но должна особым образом сосредоточить внимание консультанта на этой гипотезе, которую бережно и неспешно психолог будет проверять по мере общения с абонентом.

Отдельно обозначу задачи первого порядка в дистанционном консультировании абонентов, являющихся жертвами инцеста:

Острая суицидальность (тогда следует определить степень риска и следовать алгоритму работы с суицидальными обращениями, доходчиво объяснив, почему с темой инцеста следует обратиться позже отдельно);

Контакт с насильником (угрожает ли ребёнку опасность в настоящее время? Если да, действуем по алгоритму кризисной и неотложной помощи, выходящей за рамки телефонного консультирования);

Селфхарм - особенно, если самоповреждение происходит в момент звонка. В таких обращениях самоповреждающее поведение может быть воспроизведением травмы, а может идти от интенсивных эмоциональных переживаний и стыда как способ разрядки и получения облегчения;

Аддикции (химические и нехимические).

Если консультант в процессе беседы с абонентом слышит что-то из вышеперечисленного, следует обозначить, что по поводу инцеста важно обратиться в другой раз, и сфокусироваться в работе над задачами первого порядка.

Концептуализация обращений по теме инцеста на телефоне доверия

В статье будет предложен возможный план концептуализации обращения на тему сексуализированного насилия над ребёнком внутри семьи, который позволит лучше понять проблему абонента (как она устроена, за счёт чего сформировалась, чем поддерживается), проанализировать опыт, выдвинуть ряд гипотез и составить план работы с проблемой, который диалогически согласовывается с абонентом.

Во-первых, следует собрать актуальные симптомы на момент звонка (что есть сейчас? На что жалуется ребёнок? Как опыт инцеста сейчас влияет на его жизнь?).

Здесь мы можем отмечать: враждебность к себе и другим, нечувствительность к эмоциональной жизни в результате диссоциации, поведение, сопряжённое с высоким риском (зацепинг, перемещения по подземным коммуникациям и др.), употребление психоактивных веществ, симптомы расстройств пищевого поведения (анорексия, булимия, переедание, чрезмерное голодание и др.); компульсивное поведение (ритуалы мытья, навязчивые проверки и пр.); учебные проблемы; самоповреждение и суицидальные тенденции (антивитальные переживания, суицидальные мысли, намерения, попытки).

Во-вторых, проанализировать психологические защиты, образ себя и тела, систему убеждений абонента (мы составляем психологический портрет абонента).

Избегающее поведение ребёнка вследствие травмы может проявляться в избегании мест, напоминающих о насилии или мест, где ребёнок не чувствует себя в безопасности (школьные классы, лифт и пр.); действий, напоминающих о насилии (физический контакт, близость); предметов (конкретная одежда и пр.); звуков (конкретная музыка, стоны и пр.). Наконец, контакт с собственным телом может строиться на избегании (ребёнку может быть невыносимо смотреться в зеркало или трогать определённые части тела, травмированные дети могут намеренно набирать вес, бессознательно делая себя менее привлекательными для насильника).

В речи абонентов, являющихся жертвами инцеста, консультанты могут замечать когнитивное избегание: например, дети быстро меняют триггерную тему. Дети могут убеждать себя или консультанта, что насилия не было или всё было не так плохо – «может быть, мне показалось». Фразы, которые часто звучат из уст детей, переживших инцестный опыт – «почему это произошло, что я сделал (а) не так? ».

Система убеждений и Я-концепция ребёнка-абонента, подвергшегося инцесту может выглядеть так: «я виноват(а)»; «я грязная(ый)», «я испорченный», «меня нужно наказать», «я ущербный» (плохой, дефективный, урод, не такой, как все), «я не заслуживаю любви и поддержки», «я не достойна (-ен)...», «я в опасности», «никому нельзя доверять», «такие, как я, не должны жить».

Встречаются и убеждения, которые существенно осложняют психологическую работу, и на которых консультанту следует остановиться отдельно: «Ну я же продолжал (-а), и мне это нравилось». Интервенция консультанта может заключаться в почти когнитивной работе: "Что именно тебе нравилось? Чего именно ты хотел (-а), когда шёл (шла) к «папе»? Что произошло в итоге? » Мы отдельно останавливаемся с абонентом на разделении потребностей. Какие потребности были у абонента? Какую цену он (-а) заплатил (-а), что получил (-а) в итоге?

Убеждение "меня нужно было наказывать"/ "он меня просто воспитывает" формируется из вины. Ребёнок действительно может считать себя заслуживающим наказания, поскольку испытывает сильную тревогу и вину, а если он "виноват", тогда появляется шанс что-то изменить: "Я буду лучше убираться дома, и папа не будет меня насиловать"/ "Я стану лучше учиться, и тогда ему не за что будет меня наказывать". Ещё одна вероятная динамика - проективная, когда ребёнок смотрит на себя глазами ранящей фигуры. Вы можете спросить: «Как именно Вы убедили своего отца заняться с Вами сексом? ». Поразмышляйте с абонентом, отреагировали бы таким же образом все отцы в мире?

«Я не достойна/-ен» - консультант может поддержать размышления о том, кто это решает. Можно предложить представить эту "скамью судей". Можно задать вопрос о том, чего достоин насильник.

Идею клеточного обновления можно предлагать абонентам, у которых звучат убеждения "я грязный (-ая)", "я испорчен (-а)": со временем клетки нашего организма обновляются полностью — от ногтей до пищевода. Это может помочь и детям, у которых зафиксировались навязчивые ритуалы мытья.

Убеждения в духе "я сам (-а) этого хотел (-а)", "я возбуждался (-ась)" заслуживают отдельного внимания и адаптивной информации о том, что наше тело естественным образом реагирует на раздражители. Предложите абоненту контролировать размер зрачка при попадании света. Это невозможно. Выделения из половых органов и другие признаки возбуждения являются естественной реакцией на стимуляцию.

Нередко у детей, имеющих опыт инцеста, можно слышать в речи убеждения в духе «Я должен (-на) была защитить себя». Тогда задача консультанта - адекватно проинформировать о трёх реакциях на стресс (бей, беги, замри) и том, что в ситуациях опасности мы не можем выбирать из этих трёх вариантов, тело и психика реагируют автоматически. С одной абоненткой мне доводилось обсуждать, что то, что она не стала кричать и вырываться из рук насильников, а молча и безропотно вытерпела акт насилия, спасло ей жизнь. Её мозг безошибочно выбрал лучшее из возможного в той страшной ситуации: вероятность того, что девочка-подросток не справилась бы с несколькими взрослыми и нетрезвыми мужчинами, способными на всё, близка к 100%, - её бы просто убили.

В- Третьих, консультант телефона доверия при общении с данной категорией абонентов, должен быть готовым как к полной эмоциональной диссоциации абонента, так и к сверхинтенсивным чувствам.

Работа с чувствами в обращениях детей, переживающих травму инцеста, крайне важна. Она должна быть бережной, и в то же время точной.

Кроме того, консультантам важно быть готовым к гореванию. Обычно горевание возникает на поздних этапах психотерапии, но частично горе может "прорываться" даже в первичной консультации. Могут звучать переживания об отнятом детстве, о папе/маме/дедушке, которых не было, о доме, который не был безопасным местом.

В- Четвёртых, помочь сформировать мотивацию на психологическую работу (для чего получать помощь? Зачем обращаться в другие службы? Что вообще даст абоненту работа с опытом инцеста?)

Здесь мы можем показать абоненту влияние травмы (сюда же - информирование о том, что триггеров будет становиться больше): в чём травма ограничивает? Ради чего остановить насилие/ наказать педофила – что это даст в целом и на уровне личности, будущего абонента?

Не следует жалеть времени на инсталляцию позитивной цели и выстраиванию хорошего будущего, самой возможности жить счастливо, даже если происходило страшное.

Важные компоненты работы с ребёнком, переживающим инцест

Обучение навыкам саморегуляции. Консультанту необходимо рассказать абоненту о навыках заземления, самоуспокоения, переключения и самопомощи.

Поиск и инсталляция необходимых ресурсов. Работа с травматизацией такого масштаба требует очень серьёзного внимания к ресурсам абонента - внешним и внутренним.

Информирование о травме, нормальных реакциях на травму, о континууме диссоциации, о том, что происходит с абонентом и как он может себя возвращать в реальность.

В рекомендациях важно упомянуть о физической активности (телу важно давать опыт, обратный травме: в травме мы часто замираем, перестаём дышать, и тогда следует обращать внимание абонента на то, как важно двигаться, следить за ровным дыханием).

Особенности отношений абонент – консультант при травме инцеста

Каждый консультант должен быть готовым встретиться с недоверием со стороны абонента, переживающего опыт инцеста. В дистанционном консультировании мы часто работаем на контакт, который может в любой момент оборваться, но в случае инцеста это особенно актуально. У ребёнка скорее всего вообще нет в опыте доверительных отношений с кем-либо.

Будет полезным возвращать контроль за процессом абоненту («выбери, о чём мы будем говорить сейчас», «ты сейчас в безопасности, и, если почувствуешь, что что-то в разговоре тебе кажется невыносимым, ты можешь остановиться» и т.п.). Контроля не было в травматических эпизодах, потому подобными интервенциями в консультативной работе мы можем «возвращать» ребёнку чувство безопасности и контроля.

Важно понимать, что в консультировании абонентов, переживающих опыт инцеста, важно уделить достаточно времени информированию о травматической сети, работе памяти, триггерах, типичном поведении насильника и его мотивах. Если абонент готов заявить о происходящем, важно информировать о процедуре дачи показаний для суда, чтобы абонент имел представление о том, как это происходит и чего примерно ожидать.

У консультанта должна быть сформирована предельно ясная позиция в отношении сексуализированного насилия над ребёнком: ответственность за насилие на том, кто его совершил. Консультант не может вести никаких разговоров о виктимном поведении (не должно звучать ничего вроде «давай обсудим, зачем ты соглашался (-ась) на такое»).

Эмоциональная стабильность консультанта при работе с травмой инцеста

Консультант, принявший звонок от ребёнка, которого сексуально используют в семье, может переживать очень тяжёлые чувства и телесные реакции. Потому забота о своём благополучии для психолога крайне важна. Следует помнить о собственных границах в вопросах секса, уважать их. Иметь представление о методах контрацепции, сексуальности, заболеваниях, передающихся половым путём, беременности и гендерной идентичности. Очень важно развивать навыки устойчивости и саморегуляции, обращаться за поддержкой (супервизия, интервизия, психотерапия).

Сопровождение абонента, недавно подвергшегося сексуализированному насилию

1. Выясните, угрожает ли ребёнку опасность сейчас, установите давность и регулярность совершаемого насилия.

1а – Если опасность угрожает – уточните данные о местонахождении, предложите вызвать полицию или другие службы. Дайте план безопасности (что следует делать ребёнку, чтобы предотвратить насилие). С согласия ребёнка оповестите профильные службы о ситуации насилия.

1б – Насилие совершено менее 3х дней назад – проработайте эмоциональное состояние абонента, оцените ожидания от решения ситуации ("чего бы ты хотел, чтобы ситуация разрешилась?"). Проработайте диалог абонента с близким взрослым о ситуации насилия. Обсудите возможные последствия обращения/необращения за помощью. Предложите обратиться в полицию, медицинские учреждения, составьте план безопасности, обсудите действия для решения ситуации. Проинформируйте абонента о способах получения помощи в кризисных ситуациях. Мотивируйте на получение очной помощи в профильных организациях [8].

Список литературы

1. Показатели преступности России [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://crimestat.ru/>.
2. Тащёва А.И. Сексуальные оскорбления в современной американской семье. / Психологический вестник. Выпуск 1(часть3). Ростов н/Д.: Изд-во Рост. Ун-та, 1996. С 37-52.
3. Browne and Finkelhor, – Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research, 1986.
4. Пономарёв П.Л. Принципы и методы экстренной психологической помощи с использованием интернет-технологий // Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение): Материалы II международной научно-практической конференции, Москва, 21–22 февраля 2012 года / Под ред. А.Б. Айсмонтаса, В.Ю. Меновщикова. М.: МГППУ, 2012. С. 51–57

5. Белькина Ю.Теракт внутри семьи. Терапия травмы инцеста [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/70924/> .
6. Kirci GS. Retrospective comparison of extrafamilial and intrafamilial incest abuse. J Med Palliat Care, 2023, p. 201-206.
7. Judith Lewis Herman «Father-Daughter Incest», Harvard University Press, 2012.
8. Виртц, Урсула (1916-). Убийство души [Текст]: инцест и терапия / Урсула Виртц; [пер. с нем. Н. А. Серебренниковой]. — Москва: Когито-Центр, 2014. — 291.
9. The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women. Diana E. H. Russell. New York: Basic Books, 1986.
10. Спадерова Н.Н., Родяшин Е.В., Горохова О.В. и др. Медицинская реабилитация детей, пострадавших от инцеста // Российский психиатрический журнал. 2019.
11. WHO. Preventing Child Maltreatment. A Guide to taking action and Generating Evidence Genova, 2006.
12. Ильюк, Е. В. Психологическая характеристика инцестной семьи как основа создания информационной модели криминальной ситуации / Е. В. Ильюк // Обеспечение прав и законных интересов граждан в деятельности органов предварительного расследования: Сборник статей Межведомственного круглого стола и Всероссийского круглого стола, Орёл, 19 октября 2016 года / Редколлегия: А.В. Булыжкин [и др.]. – Орёл: Федеральное государственное казенное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Орловский юридический институт Министерства внутренних дел России имени В.В. Лукьянова», 2017. – С. 80-88.
13. Журавлева Т.М., Сафонова Т.Я., Цымбал Е.И. Помощь детям-жертвам насилия. – М.: Генезис, 2006.
14. Привязанность/ Джон Боулби; Общ. ред. и вступ. ст. Г. В. Бурменской; Пер. с англ. Н. Г. Григорьевой и Г. В. Бурменской. - Москва: Гардарики, 2003 - 447 с.
15. Рабочая тетрадь консультанта детского телефона доверия: основные алгоритмы работы. Информационно-методический сборник. Часть 1/ Ермолаева А.В., под ред. Вихристук О.В. - Москва: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2020. - 44с

References

1. Crime indicators of Russia [Electronic resource] - Access mode: <http://crimestat.ru/>
2. Tashcheva A.I. Sexual insults in the modern American family./ Psychological Bulletin. Issue 1 (part3). Rostov n/A: Publishing house of Growth. University, 1996. pp. 37-52.
3. Vrowne and Finkelhor, – Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research, 1986.
4. Ponomarev P.L. Principles and methods of emergency psychological assistance using Internet technologies // Psychological assistance to socially vulnerable persons using remote technologies (Internetconsulting and distance learning): Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference, Moscow, February 21-22, 2012 / Edited by A.B. Aismontas, V.Y. Menovshchikov. Moscow: MGPPU, 2012. pp. 51-57
5. Belkina Yu.A terrorist attack inside the family. Incest trauma therapy [Electronic resource] - Access mode: <https://www.b17.ru/article/70924/>
6. Kirci GS. Retrospective comparison of extrafamilial and intrafamilial incest abuse. J Med Palliat Care, 2023, p. 201-206.
7. Judith Lewis Herman "Father-Daughter Incest", Harvard University Press, 2012.
8. Wirtz, Ursula (1916-). Soul Killing [Text] : Incest and Therapy / Ursula Wirtz ; [trans. translated by N. A. Serebrennikova]. — Moscow : Kogito Center, 2014. — 291.
9. The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women. Diana E. H. Russell. New York: Basic Books, 1986.
10. Spaderova N.N., Rodyashin E.V., Gorokhova O.V. and others. Medical rehabilitation of children affected by incest // Russian Psychiatric Journal. 2019.
11. WHO. Preventing Child Maltreatment. A Guide to taking action and Generating Evidence Genova, 2006.
12. Ilyyuk, E. V. Psychological characteristics of an incest family as the basis for creating an information model of a criminal situation / E. V. Ilyyuk // Ensuring the rights and legitimate interests of citizens in the activities of preliminary investigation bodies: A collection of articles by the Interdepartmental Round Table and the All-Russian Round Table, Orel, October 19, 2016 / Editorial board: A.V. Bulyzhkin [et al.]. – Orel: Federal State-funded Educational Institution of Higher Professional Education Oryol Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia named after V.V. Lukyanov, 2017. pp. 80-88.

13. Zhuravleva T.M., Safonova T.Ya., Tsymbal E.I. Assistance to child victims of violence. – M.: Genesis, 2006.
14. Attachment/ John Bowlby; General ed. and introductory articles by G. V. Burmenskaya; Translated from English by N. G. Grigorieva and G. V. Burmenskaya. – Moscow: Gardariki, 2003 - 447 p.
15. Workbook of the consultant of the children's helpline: basic algorithms of work. Information and methodological collection. Part 1/ Ermolaeva A.V., ed. Vikhristyuk O.V. – Moscow: Foundation for the Support of Children in Difficult Situations, 2020. – 44c

CRISIS REMOTE CONSULTING ON A HELPLINE AS A SIGNIFICANT ASSISTANCE TO MINOR VICTIMS OF INCEST

Churina A.A.

Sector of Emergency Response and Psychological Counseling of the Federal Coordination Center of the Moscow State University of Psychology and Education, Member of the EMDR Association of Russia, Moscow, Russian Federation.

E-mail: a.a.churina@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3113-6052>

Abstract. The article examines the technology of psychological assistance to minor victims of incest in the format of remote counseling on a helpline. The main concepts, features and consequences of incestuous interaction for the child's psyche are presented, options for conceptualizing such calls on a helpline are proposed, the main principles of counseling this category of subscribers are formulated, various targets are analyzed that are important to consider when conducting anti-crisis interventions, the features of the relationship between the subscriber and the consultant in case of incest trauma are covered, attention is paid to the issue of the emotional stability of the consultant, and recommendations are given for supporting a subscriber who has recently been subjected to sexualized violence.

Key words: incest, sexualized violence, crisis psychological assistance, helpline, minors.

For citation

Churina A.A. Crisis remote consulting on a helpline as a significant assistance to minor victims of incest // Medical Psychology in Russia: Network Scientific. Zhurn. - 2025. - Vol. 16, No. 4 (85). - P.54-63 - URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 01.11.2024

Accepted for publication 01.11.2024.for all articles № 4(85) 2024