

агрессию в совместной деятельности.

Полученная картина ТоМ для детей с ЭМ указывает на недостаточную сформированность способности к децентрации, предполагающую более дифференцированное и полное понимание другого в ситуации общения. Актуальным в долгосрочной коррекционно-психологической работе представляется усиление эмпатического ответа, осознание собственных чувств в ответ на рассматриваемую ситуацию. Наряду с этим для достижения эффекта угасания проявлений ЭМ используются поведенческие технологии. Открытым остается вопрос о дифференциальной диагностике структуры ТоМ при невротическом и регрессивном синдромах в структуре ЭМ у детей.

Литература

1. Буянов М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков (руководство для врачей и логопедов). М.: Российское общество медиков-литераторов. 1995. 192 с
2. Васильева Н.Л. Элективный мутизм: психоаналитический взгляд на проблему // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 4. С. 208–225.
3. Сергиенко Е.А. Модель психического как парадигма познания социального мира [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2014. Т. 7. № 36. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 10.02.2023).
4. Туревская Р.А., Пленсковская А.А. Развитие модели психического у детей школьного возраста с расстройствами аутистического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 1. С. 112–131. DOI: 10.17759/cpp.2021290107
5. Туревская, Р., & Пленсковская, А. (2022). Связь модели психического и интеллектуального развития у детей с расстройствами аутистического спектра. Психологические исследования, 15(81), 5.
6. Muris, P., Hendriks, E. & Bot, S. Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. Child Psychiatry Hum Dev 47, 94–101 (2016).

РАЗДЕЛ 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Богачева О.И., Иванов М.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Куликов А.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

oksana-syster@mail.ru

Ключевые слова: психообразование, нарушения психического развития, расстройства аутистического спектра, родительское отношение

PSYCHOEDUCATION WITH PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Koval-Zaitsev A.A., Balakireva E.E., Kulikov A.V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

oksana-syster@mail.ru

Keywords: psychoeducation, developmental disorders, autism spectrum disorders, parental attitude.

Введение. Недостаточная осведомленность родителей пациентов о возможностях лечения и формах помощи может вызывать у них тяжелые эмоциональные реакции, что в итоге приводит к сопротивлению или отказу от врачебных рекомендаций [2, 4]. Данная ситуация может усугублять течение болезни, нарушать лечебный и реабилитационный процесс. Восполнить недостаток информации о болезни ребенка у родителей, а также снабдить родителей полезными навыками совладания с трудными ситуациями, повысить качество жизни семьи способно помочь психологическое и психиатрическое просвещение населения – психообразование (psychoeducation) [6]. Технологии психообразования базируются на традиционных методах обучения, групповой психотерапии, групп самопомощи, а также могут включать индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию, тренинг уверенности в себе, коммуникационный тренинг, а также семейную терапию [6, 7].

Е.В. Корень с соавторами отмечают, что недооценка специалистами степени влияния на всю семью психического расстройства у ребенка может негативно сказываться на уровне вовлеченности родителей в лечебно-реабилитационный процесс и напрямую препятствовать формированию родительской компетентности в отношении формирования навыков совладания со стрессовой ситуацией, связанной с болезнью ребенка, и установления продуктивного взаимодействия с врачом и больным ребенком [3].

Материал и методы. Выборку исследования составили 75 семей (75 матерей и 68 отцов; возрастной диапазон от 27 до 38 лет, средний возраст родителей – $31,5 \pm 4,6$ лет), воспитывающих детей с РАС (возрастной диапазон от 3 до 5 лет, средний возраст детей $4,1 \pm 0,7$), наблюдаемых в ФГБНУ НЦПЗ. Всем детям были выставлены диагнозы из подгруппы F84 «Общие расстройства психологического развития» по МКБ-10 (F84.01; F84.02; F84.11; F84.12). В выборке преобладали семьи, воспитывающие детей с атипичными формами аутизма 57% (43 семьи). Срок постановки диагноза ребенку - от 6 месяцев до 1 года. В исследовании преобладали полные семьи (93%), высшее образование имели 64% родителей. В исследовании применялась «Анкета-интервью для родителей по определению уровня осведомленности о болезни ребенка» (Иванов М.В., Богачева О.И.) [1], в основу которой легла

«Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г.) [5]. Использование данной анкеты показало, что большинство родителей (53,14%) детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) оценили свои знания как недостаточно удовлетворительные, также выявлена открытость к получению информации о болезни, настроенность на сотрудничество со специалистами, курирующими детей с РАС. На основе литературных и эмпирических данных выделены темы семинаров психообразовательной работы с родителями детей с РАС: 1) Знакомство специалистов с родителями, а также знакомство родителей между собой и др. 2) Понятие расстройств аутистического спектра, этиологические факторы, особенности проявления. 3) Современные подходы в лечении и реабилитации детей с РАС, роль семьи в лечебно-реабилитационном процессе. 4) Особенности формирования и развития психических функций у детей с РАС. 5) Особенности эмоционального развития у детей с РАС; трудности формирования коммуникативных навыков и социальной адаптации (социализации). 6) Особенности организации обучения и коррекционно-развивающих занятий для детей с РАС. 7) Подведение итогов.

В ряде исследований отмечается, что для оценки эффективности психосоциальных вмешательств, в том числе психообразования, при отдельных формах психических расстройств в детском возрасте могут рассматриваться: ослабление тяжести симптоматики и длительность ремиссии, повышение приверженности лечению (комплаенса), снижение семейного бремени, повышение качества жизни и уровня социального функционирования [3, 8]. В данной работе для оценки эффективности психообразовательной работы выделен ряд индикаторов, а также подобраны соответствующие психодиагностические методики: родительское отношение к болезни ребенка (методика В.Е. Кагана, И.П. Журавлевой); родительско-детские отношения (модифицированный опросник А.Я. Варги и В.В. Столина для семьи, воспитывающей особого ребенка И.Н. Галасюк, О.В. Митиной); стратегии совладания (опросник Р. Лазаруса, С. Фолкман в адаптации Л.И. Вассермана с соавт.); воспитательские умения родителей (анкета В.В. Ткачевой).

Результаты исследования. Предварительные результаты, полученные после проведения психообразовательной программы с родителями детей с РАС, показывают, что родители в большей степени стали осознавать и принимать болезнь ребенка. Так, коммуникативные проблемы у ребенка перестали объясняться его стеснительностью, а отказ ребенка выполнять какие-либо задание «его хитростью», проявлениями агрессии «вымещением зла на родителей» и т.п. Родители отмечали, что у них появилось больше знаний в отношении способов помощи их детям, как действовать в ситуации обострения симптомов у ребенка. Они в большей степени стали осознавать необходимость лечения, связывать особенности поведения с

проявлением болезни. Уменьшился процент родителей детей с РАС, которые оценили свои знания как недостаточно удовлетворительные (31,4%). Исчезла группа родителей, которые сообщали об отсутствии объективных знаний о проблеме аутизма у детей. Больше половины родителей (51%) отметили, что у них имеются достаточные знания о заболевании детей и они не нуждаются в дополнительной информации. После психообразовательной программы ведущими способами совладающего поведения у родителей стали стратегии, направленные на активное решение проблем, связанных с болезнью ребенка. Обнаруживается повышение баллов по шкале «конфронтация», что может говорить о готовности родителей сделать многое, чтобы изменить сложившуюся ситуацию и максимально помочь своему ребенку. Сочетание с высокими баллами по шкале «положительная переоценка» показывает, что родители обнаруживают новые возможности, как для детей, так и для себя, ставя перед собой новые цели, являющиеся стимулом к личностному росту, что может оказывать положительное влияние на качество жизни всей семьи. Многие родители (74,1%) после окончания программы сообщают, что чаще стали действовать вопреки сложившейся безвыходной ситуации, надеяться на лучшее будущее для своих детей и укрепление семьи. Повысились баллы по шкале «планирование решения проблемы», родители стали более активно включаться в решение проблем ребенка, искать всевозможные способы помощи. Так, многие родители (87,4%) перестали прибегать к помощи одного специалиста, а стали работать с мультидисциплинарной командой специалистов.

Заключение. Определение основных компонентов психообразования является одним из первых этапов лечебно-реабилитационной работы с пациентами, страдающими психическими расстройствами, что является основой индивидуализированной эффективной помощи, способствующей повышению психологической адаптации пациентов и их семей.

Литература

1. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. – 2019. – № 4. – С. 3-11.
2. Иовчук Н.М. Просветительская, лечебно-коррекционная и социореабилитационная работа с семьей психически больного ребенка (некоторые размышления о первоначальном опыте) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – Т. 2. – № 2. – С. 41-46.
3. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Дробинская А.О., Хайретдинов О.З. Влияние психического расстройства у ребенка на родителей в контексте дифференцированных подходов к психосоциальным вмешательствам в детской психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114. – № 10. – С. 14-19.
4. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
5. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы. В кн.: Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. Ред. И.Я. Свиридов И.Г. Гурович, А.Б. Шмуклер. – М., 2002. – С. 109-111.
6. Серых А.Б., Иванова А.Р. Модели и фокусы психообразования в медицинской практике // Вестник БФУ им. И. Канта. – 2012. – № 5. – С. 61-66.

7. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families // Schizophr Bull. 2006. Vol. 32 (Suppl 1). P. S1-S9.
8. Meltzer H., Ford T., Goodman R., Vostanis P. The burden of caring for children with emotional or conduct disorders. International Journal of Family Medicine. – 2011; 2011. P. 801203.

ОБРАЗ ДОМА В ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЬЯХ

Букинич А.А., Резниченко С.И., Спиваковская А.С.

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

arabond1@mail.ru

sofya_292@list.ru

beatum@bk.ru

Ключевые слова: дом, домашняя среда, образ дома, смысл дома, дисфункциональные семьи.

THE IMAGE OF THE HOME IN FUNCTIONAL AND DYSFUNCTIONAL FAMILIES

Bukinich A.A., Reznichenko S.I., Spivakovskaya A.S.

FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

arabond1@mail.ru

sofya_292@list.ru

beatum@bk.ru

Keywords: home, home environment, the image of the home, meaning of home, dysfunctional families.

Введение. Дом представляет собой универсальный ресурс позитивного функционирования личности. Будучи рукотворной средой, он изначально создан и существует для человека. Встраиваясь в задачи жизненного пути дом отражает актуальные личностные потребности и ресурсы своего обитателя и становится частью идентичности личности. Особенно важно восприятие домочадцами места их проживания и причины, которые влияют на его изменение. В данном исследовании домашняя среда понимается как «Ключевой ресурсный средовой объект повседневной жизни человека, интегрирующий функциональные... и эмоционально-личностные... смыслы» [4, с. 201]. Она выполняет множество функций, связанных с различными проявлениями психической сферы человека: психологическим благополучием, динамической активностью, реализацией социального взаимодействия и др. [3, 7].

Дом как система бытийно-социальных связей является реальным физическим местом, которое включается в семейное взаимодействие и создает семейный уклад [4]. В доме

возникает необходимость выстраивания не только личностных границ, но и физических. Возникает интерес к различиям в представлениях о доме в семьях, которые испытывают трудности в семейной жизни, и, наоборот, в семьях с гармоничной системой отношений. Для того чтобы исследовать представления о доме, в работе рассматривается субъективный образ дома, не сводимый к объективным составляющим домашней среды. Такое рассмотрение необходимо для более точного изучения восприятия членами семьи общего пространства. Образ дома выступает как реальная действительность, трансформируемая и изменяемая субъектом, то есть супругом или супругой (в данном исследовании). Чтобы сузить вариативность изучаемой темы, в данном исследовании рассматривается образ реального дома, то есть «качества актуальной домашней среды, конфигурация которых позволяет сделать вывод о дружелюбности или недружелюбности дома его обитателю» [4, с. 202]. Изучение образа реального дома (дом как он есть на самом деле, здесь и сейчас), с точки зрения авторов, минимизирует влияние когнитивных искажений и проекций, которые часто оказываются причиной искажений при изучении образа идеального дома (дом, в котором я хотел бы жить). Целью исследования является описание особенностей образа реального дома в функциональных и дисфункциональных семьях. Дисфункциональная семья – это такая семья, где действие закона гомеостаза сильнее, чем действие закона развития. Гомеостаз семьи может быть поддержан симптоматическими проявлениями члена семьи. Такая семья может рассматриваться с точки зрения особенностей защитного и совладающего поведения ее членов в период кризиса [2]. Функциональная семья воспринимается как целое, имеющее глубокое понимание индивидуального разнообразия каждого члена семьи. При изучении представлений о доме в двух группах рассматривается субъективный образ реального дома в четырех категориях: смысловой, эмоциональный, социальный и функциональный дом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 100 человек (75 женщин, $M \pm SD = 35,2 \pm 10,2$ лет). Родной язык — русский, места проживания — Россия, Азербайджан, Казахстан, Узбекистан. Все респонденты состояли в зарегистрированном браке, причем 18% выборки находились в браке меньше года, 29% — от 1 до 5 лет, 16% — от 6 до 10 лет, 21% — от 11 до 20 лет, 16% — 21 до 45 лет. Для отнесения респондентов в подгруппы функциональных и дисфункциональных семей были использованы 2 опросника: «Опросник удовлетворенности браком» [5] и «Шкала жизнеспособности семьи» [1]. Разделение по подгруппам осуществлялось на основании нормативных показателей, предложенных авторами методик. В качестве независимых переменных, различие значений которых предположительно должно было помочь с описанием психологических особенностей образа дома в указанных подгруппах респондентов, были использованы следующие методики: 1) адаптированная авторами социометрическая методика Inclusion of Other in the Self (IOS) Scale

[8], в которой респонденту предлагалось оценить степень субъективной близости с домом и домочадцами; 2) опросник Функциональность домашней среды (ФДС) [4], позволяющий исследовать различные функции реального и идеального дома; 3) опросник Тоска по дому [6], позволяющий оценить разные аспекты отношения к дому и прошлому в целом. Ввиду гетерогенности групп сравнения и небольшого объема респондентов, отнесенных к подгруппе дисфункциональных семей, методом анализа выступил критерий Манна-Уитни. Расчеты осуществлялись в программе IBM SPSS Statistics 26.0. Опрос проводился онлайн при помощи сервиса Google-формы, средняя длительность заполнения — 45 минут.

Результаты и их обсуждение. Разделение выборки на подгруппы функциональных/дисфункциональных семей на основе статистических норм опросников ОУБ и ШЖС выявило неоднородную наполненность групп. Так, по методике ОУБ в группу дисфункциональных семей были отнесены 5 респондентов, а в группу функциональных семей — 85. По методике ШЖС 10 человек попали в группу дисфункциональных семей, 34 человека — в группу функциональных. Связь между соответствующими подгруппами, выделенными при помощи разных методик, оказалась невелика, ввиду чего сравнение показателей независимых переменных осуществлялось по отдельности в подгруппах, выделенных на основании двух методик. Однако в итоговый анализ вошли те различия, которые обнаруживались в подгруппах, выделяемых обоими методами (табл. 1).

Таблица 1.

Различия между подгруппами функциональных и дисфункциональных семей

Сравниваемый параметр	Разделение по параметру удовлетворенности браком			Разделение по параметру жизнеспособности семьи		
	Уровень Значимости (p)	Группа 1 (удовлетворенные барком)	Группа 2 (неудовлетворенные барком)	Уровень значимости (p)	Группа 1 (высокая жизнеспособность семьи)	Группа 2 (низкая жизнеспособность семьи)
		Средний ранг	Средний ранг		Средний ранг	Средний ранг
Близость отношений (IOS scale)	<0,001	47,69	8,2	0,017	24,76	14,8
Социальный дом (IOS scale)	<0,001	47,6	9,8	0,023	24,46	15,85
Прагматичность домашней среды	0,002	47,52	11,1	0,048	24,57	15,45

Чувство одиночества	0,011	43,87	73,2	0,014	20,06	30,8
Тоска по друзьям	0,001	43,22	84,3	0,043	20,4	29,65

Как можно заметить, различия в подгруппах, обнаруженные с помощью двух разных методик, имеют одни и те же тренды. Рассмотрим, как различаются группы при применении методики IOS Scale. В функциональных семьях дом является более значимым, отражает личность и ценности респондента. Такой показатель как «социальный дом» указывает на близость в отношениях с домочадцами в удовлетворенных семьях и отсутствие ее в дисфункциональных. Показатель прагматичности, отражающий простые повседневные функции дома, без которых он становится неудобным и должен дополняться другими средами, более выражен в функциональных семьях, чем в дисфункциональных. А чувство одиночества наряду с тоской по друзьям больше выражено в дисфункциональных семьях. В итоге получается, что в дисфункциональных семьях люди больше чувствуют одиночество дома, грустят по своим друзьям, сталкиваются с некоторыми проблемами в отношениях с домочадцами, и даже с прагматической точки зрения их дом устроен хуже. Возникающие проблем в семейных взаимоотношениях провоцирует отчуждение от дома, которое в свою очередь минимизирует возможность налаживать отношения и конструктивно решать возникающие конфликты. При этом отметим, что верификация предполагаемой связи между указанными параметрами нуждается в дополнительном исследовании.

Заключение. В данном исследовании было проведено сравнение особенностей функциональных и дисфункциональных семей по различным параметрам, в том числе с использованием методики IOS scale. Исходя из результатов анализа, можно сделать вывод о том, что в дисфункциональных семьях существуют проблемы с устройством дома, что может ухудшать отношения между домочадцами и увеличивать чувство одиночества у людей. Это позволяет предполагать, что дальнейшие исследования позволят сформулировать психотерапевтические рекомендации, что может иметь положительный эффект на улучшение отношений в семье и уменьшение психологических проблем, связанных с домом и семейной жизнью. Однако для подтверждения этих гипотез необходимо провести дополнительные исследования, чтобы верифицировать связь между указанными параметрами и подтвердить эффективность такого подхода в психотерапии. Отношения внутри семьи оказывают значительное влияние на формировании образа дома. Функциональные семьи имеют возможность в доме гармонично развиваться, решать конфликты, быть жизнеспособными и удовлетворенными браком. Вместе с функциональностью семьи повышается прагматичность домашней среды, и респонденты описывают отношения с домочадцами как более доверительные и близкие. Многогранность образа дома открывает

дальнейшие психотерапевтические возможности. Одним из малоизученных эффектов психотерапии является желание навести порядок в доме, разобрать углы, сделать ремонт, а может и вовсе поменять дом. Влияние представлений человека о доме, его образе, вносит вклад в психологическое благополучие человека.

Литература

1. Гусарова Е., Одинцова М., Сорокова М. Шкала оценки жизнеспособности семьи: адаптация на российской выборке // Психологические исследования. – 2021. – Т. 14. – №. 77.
2. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – Класс, 2006.
3. Нартова-Бочавер С. К. и др. Метод оценки дружелюбности жилища: опросник “Функциональность домашней среды” // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – №. 4. – С. 71-83.
4. Нартова-Бочавер С. К. и др. Дом как жизненная среда человека: психологическое исследование // М.: Памятники исторической мысли. – 2016. – Т. 220.
5. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкин Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2007. – 360с.
6. Duru E., Balkis M. The Psychometric Properties of the Utrecht Homesickness Scale: A Study of Reliability and Validity // Eurasian Journal of Educational Research. – 2013. – Т. 52. – С. 61-78
7. Mondal S., Sutradhar A. Effect of home environment on different dimensions of emotional maturity of adolescents // The International Journal of Indian Psychology. – 2015. – Т. 2. – №. 4. – С. 6-13.
8. Woosnam K. M. et al. Social determinants of place attachment at a World Heritage Site // Tourism management. – 2018. – Т. 67. – С. 139-146.

ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕЙРОРАЗВИТИЯ, КАК ПРЕДМЕТА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ефимов К.Р.

НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия

KirYef616@yandex.ru

Ключевые слова: приверженность лечению, родительский комплаенс, приверженность лечению родителей детей с расстройствами нейроразвития, детско-родительские отношения.

RESEARCH APPROACHES OF TREATMENT ADHERENCE AMONG PARENTS BRINGING UP CHILDREN WITH NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS AS A CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ACADEMIC ISSUE

Yefimov K.R.

NEPI HE MIP, Moscow, Russia

KirYef616@yandex.ru

Keywords: treatment adherence, parental compliance, treatment adherence among parents bringing up children with neurodevelopmental disorders, child-parent relations.

В последние годы зарегистрированы высокие показатели заболеваемости (в России и Соединенных Штатах) психическими расстройствами, в том числе нарушениями психического развития в детском и подростковом возрасте [13, 22]. В современном обществе особое внимание уделяется проблемам семей, воспитывающих детей с различными расстройствами (нарушениями) нейроразвития [12]. Данная группа расстройств нейроразвития отдельно выделена в последних медицинских классификация болезней (DSM-5, МКБ-11) и включает в себя поведенческие и когнитивные расстройства, среди которых расстройства аутистического спектра, расстройства интеллектуального развития, расстройства обучения и прочие тяжелые расстройства, которые возникают на различных возрастных этапах. Расстройства нейроразвития могут сопровождаться определенными трудностями в приобретении и выполнении некоторых интеллектуальных, двигательных, языковых или социальных функций [21]. Ответственность за лечение больного ребенка ложится на родителей, поэтому справедливо в данном случае говорить о родительской приверженности лечению ребенка; и научно-практические проблемы, связанные с приверженностью лечению родителей, воспитывающих детей с различными расстройствами нейроразвития [18]. Эмоциональное выгорание, нарушение внутрисемейных отношений и пр. [9] являются важными проблемами, влияющими на детско-родительские отношения при необходимости активного включения родителей в лечебно-реабилитационные мероприятия [11].

Согласно современным исследованиям, понятие «приверженность лечению» синонимично «комплаентности» (от англ. *patient compliance*) [1]. Если приверженность взрослых лечению достаточно хорошо исследована и в отечественной [2, 3, 8, 14, 17], и в иностранной науке [19, 20], то родительская приверженность лечению детей с различными нарушениями ограничена психологическими и клиническими рекомендациями, а также статистическими данными [8, 10, 15].

Целью исследования является анализ подходов к изучению приверженности лечению родителей, воспитывающих детей с расстройствами нейроразвития.

На базе отечественных и зарубежных научных работ, связанных со способами исследования комплаентности родителей детей с различными нарушениями [4, 5, 7, 16, 18, 19, 20], был проведен анализ научных исследований для выделения подходов приверженности лечению родителей, воспитывающих детей с расстройствами нейроразвития. Родительская комплаентность является определяющим фактором обеспечения ребенка соответствующим лечением [6] ввиду отсутствия в большинстве случаев такой возможности у самих детей, имеющих различные нарушения, а особенно расстройства нейроразвития. В практике встречаются как безответственные примеры нерегулярности лечения [17], так и примеры хорошего уровня приверженности лечению среди родителей, что может быть объяснено

социально-психологическими характеристиками самих родителей.

Для изучения уровня родительской комплаентности используется опросник оценки родительской комплаентности, обладающий высокой степенью валидности (тест Кронбаха $>0,8$) [2].

1. Забывали ли Вы когда-либо дать ребенку препараты?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств ребенком?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если ребенок чувствует себя хорошо?
4. Если ребенок чувствует себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли

Вы следующий прием препарата?

5. Можете ли Вы в связи с негативной реакцией ребенка на прием лекарства отказаться от следующего приема препарата?

6. Можете ли Вы без консультации с лечащим врачом самостоятельно заменить назначенный препарат в лечении Вашего ребенка на «более эффективный и безопасный» по Вашему мнению?

5-ый пункт делает акцент на *реакции ребенка на прием препарата*, как важную характеристику приверженности лечению. В работе Е.И. Первичко и Д.В. Довбыш поднимается проблема личностного смысла болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению на примере исследования семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом, проанализированы особенности понимания приверженности лечению при подобных заболеваниях у детей [17]. Авторы рассматривают аспект *родительского удовлетворения результатом действия*, как основу мотивации приверженности лечению, также выделяя три степени приверженности лечению и их связь с *личностным смыслом болезни ребенка* для родителей. Так, давая оценку родительской осведомленности о болезни ребенка, О.И. Богачева с соавторами использует оригинальную анкету-интервью для родителей детей с РАС [4]. Авторы в своем методе-анкете представляют перечень утверждений, направленных на получение информации о вовлеченности родителя в процесс лечения ребенка через *осведомленность о болезни*. В исследовании Т.Т. Батышевой с соавторами использована анкета эмоциональных состояний родителей с ребенком с неврологическими патологиями в семье [3]. Они рассматривают влияние различных факторов на приверженность лечению на основе более 150 анкет, заполненных лицами, сопровождавшими на лечение несовершеннолетних пациентов. Авторы выделяют *эмоциональную стабильность*, изучая феномен приверженности лечению родителей детей с нарушениями развития. По мнению Н.В. Сиденковой и ее коллег большое значение в формировании комплаенса принадлежит *социальным и экономическим факторам*, так как целый ряд возрастных, коммуникативных и социальных факторов могут снижать

комплаентность. Среди факторов, повышающих комплаенс, можно выделить высокий доход семьи [16]. Г.Г. Вылегжанина, в свою очередь, изучая семьи с часто болеющим ребенком, предлагает обратить внимание на несоблюдение ортобиоза, вызываемого *отсутствием саморегуляции и низкой культурой бытового поведения* [6].

Результатом проводимых исследований с использованием опросников SF-36 (на составляющие здоровья) и ТСИ (на психологические особенности личности) станет широкий круг характеристик комплаентности родителей по отношению к лечению их ребенка с расстройствами нейроразвития.

Литература

1. Анохин В.А., Бикмухаметов Д.А. Проблема приверженности лечению в современной медицине // Практическая медицина. 2005. №5 (14). С. 26-28.
2. Барина А.С., Налетов А.В. Влияние родительской приверженности к проводимому детям лечению хронической гастродуоденальной патологии на показатели качества жизни пациента // Педиатр. 2020. Т.11.№1. С. 59-64.
3. Батышева Т.Т., Быкова О. В., Виноградов А. В. Приверженность семьи к лечению ребенка с неврологической патологией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2012. Т.7. № 2. С. 56-63.
4. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т.17. №4 (65). С. 3-11.
5. Булыгина В.Г., Белякова М.Ю., Абольян Л.В. Влияние семейной дисфункции на психофизическое развитие детей и подростков // Педиатрическая фармакология. 2013. №3. С. 50-55.
6. Вылегжанина Г.Г. Взаимосвязь родительского отношения и преобладающих мотивов к деятельности часто болеющего ребенка дошкольного возраста. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2006. С. 14
7. Гринина Е.С., Рудзинская Т.Ф. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. 2016. №2. С. 163-168.
8. Грошева Е.В. Основные принципы и подходы работы с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями психического развития // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2012. №2.
9. Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Пустовая Е.Н. Особенности психологического отношения матерей и отцов к болезни в семьях, имеющих ребенка с расстройствами аутистического спектра // Ученые записки университета Лесгафта. 2021. №2. С. 415-421.
10. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. 74с.
11. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Дробинская А.О., Хайретдинов О.З. Влияние психического расстройства у ребенка на родителей в контексте дифференцированных подходов к психосоциальным вмешательствам в детской психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2014. Т. 114. №10. С. 14-19.
12. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Семейное бремя как мишень психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013. Т. 113. №5-2. С. 61-68.
13. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // Российский психиатрический журнал. 2019. № 4. С. 4-15.
14. Миланич Ю.М. Родительское отношение к ребенку с нарушениями психофизического развития // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2010. №3. С. 44-54.
15. Мухарямова Л.М., Савельева Ж.В., Кузнецова И.Б., Гарапшина Л.Р. Аутизм в России. Противоречивое поле диагностики и статистики // ЖИСП. 2021. №3. С. 437-450.

16. Сиденкова А.П., Изможерова Н.В., Коврижных И.В., Гарифуллина Э.Р. Психосоциальные компоненты пациентского комплаенса // Вестник Уральского государственного медицинского университета. Екатеринбург: УГМУ, 2021. вып. 1. С. 92-95.
17. Синопальников А.И., Зайцев А.А. Комплаентность антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2008. Т. 10. №1. С. 50-59.
18. Первичко Е.И., Довбыш Д.В. Личностный смысл болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению (исследование семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом) // Национальный психологический журнал. 2016. №2 (22). С. 61-72.
19. Al-Hassany L., Kloosterboer S.M., Dierckx B., Koch B.C.P. Assessing methods of measuring medication adherence in chronically ill children - a narrative review // Patient Preference Adherence. 2019. Vol. 13. P. 1175-1189.
20. Chan A.H.Y., Horne R., Hankins M., Chisari C. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence // British Journal of Clinical Pharmacology. 2020. Vol. 86(7). P. 1281-1288.
21. International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-ND 3.0 IGO
22. Zablotsky B., Black L.I., Maenner M.J., Schieve L.A., Danielson M.L., Bitsko R.H., Blumberg S.J., Kogan M.D., Boyle C.A. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017 // Pediatrics. 2019. Vol. 144(4). P. e20190811.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ

Жиронкина М.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

marina.zh@mail.ru

Ключевые слова: системный подход, психологическое консультирование, семья, дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF FAMILIES WITH CHILDREN WITH DISABILITIES IN A SYSTEMATIC APPROACH

Zhironkina M.A.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

marina.zh@mail.ru

Keywords: systematic approach, psychological counseling, family, children with disabilities.

В середине 20 века психологи, врачи и математики в Европе и США задумались об оказании психологической помощи не только индивидуальным клиентам, но и целым семьям. Пионером в данном подходе считается психотерапевт Вирджиния Сатир, которая первая начала оказывать поддержку всей семье. Системный семейный подход со временем стал очень

популярным, поскольку специалисты заметили, что эффективность работы с семейной системой оказывается выше по сравнению с индивидуальным консультированием. В настоящее время системная семейная психотерапия – достаточно популярный и эффективный подход, помогающий найти выход из сложной жизненной ситуации не только обычным семьям, но и тем семьям, которые воспитывают детей с ОВЗ. Основным принципом семейного консультирования заключается в том, что внутрисемейная проблема рассматривается как результат неверного функционирования всей семейной системы, включая детей. Исходя из принципов системного подхода, специалист воздействует на всю семью, и одновременно – каждого ее члена в отдельности. При работе с семьями, воспитывающими детей, которые имеют различные трудности, психолог ищет проблему не только в ребенке, но и в семейном взаимодействии, коммуникативных ошибках и эмоциональных нарушениях. При этом важно рассматривать, как семья влияет на ребенка и как ребенок и его трудности влияют на семью. Это двустороннее влияние и будет в фокусе внимания семейного психолога.

Когда в семье появляется ребенок с ОВЗ, это всегда шок для родителей и других членов семьи, и для адаптации к диагнозу ребенка нужно определенное время и прохождение всех фаз горевания, от шока и отрицания к принятию. На каждом этапе работа системного семейного психолога будет направлена на социальную адаптацию семьи, родителей и ребенка к жизни общества. Так, на этапе отрицания важным будет информирование родителей об индивидуальных особенностях детей с тем или иным диагнозом, а на этапе принятия важно будет оказать поддержку и сформировать вектор индивидуального развития малыша с учетом его возможностей. На приеме психолог будет обращать внимание на специфику семейного взаимодействия, особенности коммуникации, изучит семейную историю, обратит внимание на дисфункциональные коалиции, семейные правила и мифы. При этом он будет держать в поле зрения и ребенка, имеющего различные трудности и нарушения развития, и его ближайших родственников. Важно будет отметить, что изменилось в привычном укладе жизни семьи, когда в ней появился ребенок с особенностями развития: что появилось новое (работа с реабилитологом, посещение коррекционных занятий), что исчезло (поездки на выходные к друзьям), а что было отложено (покупка новой машины). И задача психолога заключается в том, чтобы максимально вернуть выпавшие факторы из жизни семьи и адаптировать клиентов к новым условиям жизни. Обычно, когда говорят про детей с ОВЗ и их семьи, то в фокусе внимания специалистов оказываются детско-родительские отношения, и почти ничего не говорится про сиблингов. Хотя здоровому ребенку иметь брата или сестру с нарушением развития тоже достаточно непросто. Может случиться так, что у здорового ребенка рождается младший сиблинг с особенностями развития, и это, конечно, является трудностью и иногда травмой. Родители начинают много времени заниматься с больным

ребенком, а здоровый уходит на второй план, про него словно забывают. Если же первый ребенок был с ОВЗ, а второй родился здоровым, здесь тоже будут свои сложности – младший со временем догонит и обгонит старшего сиблинга по развитию, и произойдет обмен ролями по иерархии внутри детской подсистемы. И в первом, и во втором случае, родители могут привлекать здорового ребенка к помощи в уходе за проблемным малышом, что не всегда является адекватной мерой.

Работа семейного психолога с семьями детей с ОВЗ подчиняется определенной логике и проходит несколько этапов. Рассмотрим их подробнее. На первом этапе специалист знакомится с семьей, собирает анамнез, устанавливает контакт со всеми членами семьи и проводит первичную диагностику имеющихся проблем. Затем он обращает внимание на трудности, ищет исключения из проблемной ситуации и исследует предпринятые попытки решения проблемы, то есть, что семья уже делала, и что из этого вышло. Также важно исследовать ресурсы, на что члены семьи могут опереться, что или кто дает помощь и поддержку. После этого семейный психолог проводит диагностику и смотрит на саму проблему, с которой обратились клиенты и ищет пути ее решения. Зачастую в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ невозможно полностью убрать имеющиеся трудности ребенка, но можно помочь семье адаптироваться к диагнозу и вписать семью в социальную жизнь, наладить внутрисемейное взаимодействие и облегчить состояние ребенка. На завершающем этапе терапии специалист подводит итоги, собирает обратную связь от клиентов и дает рекомендации на будущее.

Подводя итог, можно отметить, что системное консультирование семей с детьми с ОВЗ является эффективным методом и может давать хорошие результаты и в связи с этим является достаточно распространенной и востребованной формой работы. Семейный психолог, работая не только с ребенком, но и с его родителями, сиблингами, бабушками и дедушками оказывает комплексную помощь семье, повышая ее социальную адаптацию и помогая справиться со многими трудностями, которые семья не в состоянии решить самостоятельно.

**ИССЛЕДОВАНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН,
БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ РОЖДЕНИЕМ РЕБЕНКА С
ЗАБОЛЕВАНИЕМ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ**

Золотова И.А.

ФГБОУ ВО ЯГМУ, Ярославль, Россия

iazolotova@mail.ru

Ключевые слова: заболевание в периоде новорожденности, невротическая депрессия,

истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения.

THE STUDY OF NEUROTIC CONDITIONS IN WOMEN WHOSE PREGNANCY ENDED WITH THE BIRTH OF A CHILD WITH A DISEASE IN THE NEONATAL PERIOD

Zolotova I.A.

FSBI HE YaSMU, Yaroslavl, Russia

iazolotova@mail.ru

Keywords: disease in the neonatal period, neurotic depression, hysterical type of response, obsessive-phobic disorders, autonomic disorders.

Введение. Своевременное психологическое сопровождение женщин при рождении ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, как в результате своевременных родов, так и в результате преждевременных родов, является очень актуальной задачей. Показана и обоснована необходимость индивидуального и дифференцированного подхода к женщине, которая оказалась в сложной, стрессовой ситуации принятия «отягощенного» материнства в раннем послеродовом периоде, с учетом выраженности тревожных, астенических, истерических, фобических и депрессивных эмоциональных состояний и вегетативных нарушений. Под термином «отягощенное материнство» понимается рождение ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Целью исследования является подбор диагностического инструментария, направленного на изучение переживания ситуации и особенностей специфики эмоциональных состояний женщины, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, как первый этап психологического сопровождения в раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 68 женщин. Основная группа представлена 28 женщинами, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, имеющими опыт перинатальных потерь в анамнезе. Контрольная группа была сформирована из 40 женщин, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, не имеющих опыта перинатальных потерь в анамнезе. Исследование проводилось на базе отделения патологии новорожденных детей в течение 3 лет. При этом не стояло задачи учитывать социально-демографические характеристики респондентов и количество предшествующих родов. Основным критерием для формирования выборки является рождение ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Отличительным признаком для основной и

контрольной группы является наличие или отсутствие опыта перинатальных потерь в анамнезе[2]. Опыт перинатальных потерь – это самопроизвольный выкидыш, прерывание беременности по медицинским показаниям и роды, закончившиеся мертворождением на поздних сроках беременности. Для реализации поставленной цели был осуществлен подбор методик. 1. Метод клинической беседы, которому отводится основная роль при выстраивании конструктивного комплаенса. Акцент делается на индивидуальный подход с максимальной эмпатией, сопереживанием и учетом образовательного уровня, возрастного и социального статуса женщины, пониманием волнений, страхов и неопределенности, связанных с заболеванием ее ребенка. 2. Методика Семантический дифференциал жизненной ситуации (О.В. Александрова, И.Б. Дерманова, 2018) ориентирована на изучение когнитивных и эмоциональных компонентов субъективного восприятия женщиной актуальной жизненной ситуации. В качестве основных смысловых осей восприятия рассматривались следующие факторы: владение ситуацией, эмоциональное переживание ситуации, позитивные ожидания, личностная включенность и вера в преодолимость ситуации[1]. 3. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича), позволяющий выявить тревожность, невротическую депрессию, астению, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения и вегетативные нарушения [3].

Результаты и их обсуждение. 1. Были выявлены достоверные различия по выраженности уровня невротической депрессии у женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности без опыта перинатальных потерь в анамнезе ($\varphi^*=1,818$, $p \leq 0,035$). Такое эмоциональное состояние в послеродовом периоде обусловлено переживанием стрессовой ситуации, утратой образа «здорового новорожденного» и неопределенностью будущего, связанного с лечением ребенка. Высокий уровень невротической депрессии наблюдался у 22% женщин без опыта перинатальных потерь в анамнезе.

2. 20% женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, без опыта перинатальных потерь в анамнезе демонстрируют высокий уровень по шкале истерического реагирования. У представительниц основной группы данный тип реагирования описан в 10.71% случаев, что позволяет говорить о наличии устойчивой тенденции данного эмоционального состояния именно у контрольной группы. Истерический тип реагирования обусловлен неготовностью принять ситуацию рождения больного ребенка.

3. Женщины, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, имеющие опыт перинатальных потерь в анамнезе демонстрируют преимущественно значимые различия по шкале вегетативных нарушений ($\varphi^*=1,688$,

$p \leq 0,046$). Этот факт можно объяснить длительным пребыванием женщины в стрессовой ситуации, изначально связанной с ситуацией перинатальной потери, затем сменившейся подготовкой и течением новой беременности и завершившейся рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Состояние эмоционального перенапряжения обуславливает наличие вегетативных нарушений.

4. Выявлены значимые корреляционные связи между шкалами методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» (О.В. Александровой, И.Б. Дермановой) и шкалами методики «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича) в группе женщин, имеющих опыт перинатальных потерь в анамнезе. Чем выше уровень владения ситуацией, тем выше уровень тревоги ($r = 0,51$, $p < 0,001$) и выше уровень по шкале вегетативных нарушений ($r = 0,49$, $p < 0,001$). Высокий уровень тревоги и выраженный уровень вегетативных нарушений у женщин, имеющих опыт перинатальных потерь в анамнезе, обусловлен с одной стороны, отсутствием возможности восстановления позитивных эмоций, с другой стороны, желанием, и с то же время страхом неопределенности, направленного на будущее ребенка.

5. Чем выше позитивное ожидание от ситуации у женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, без опыта перинатальных потерь в анамнезе, тем выше шкалы невротической депрессии ($r = 0,53$, $p < 0,001$), истерического типа реагирования ($r = 0,48$, $p < 0,01$) и обсессивно-фобических проявлений ($r = 0,37$, $p < 0,05$). Данный факт можно объяснить тем, что женщины, не имеющие опыта перинатальных потерь, надеются на благоприятный исход завершения родов. При рождении ребенка, с заболеванием в периоде новорожденности, они не готовы к принятию данной ситуации. Это отражается в появлении у них признаков истерического типа реагирования, невротической депрессии и обсессивно-фобических проявлений.

Выводы. 1. Особенности эмоциональных состояний у женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, с опытом и без опыта перинатальных потерь в анамнезе отличаются по степени выраженности тревожных, истерических, фобических и депрессивных состояний.

2. У женщин с опытом перинатальных потерь в анамнезе присутствует тревожно-депрессивная направленность переживания стрессовой ситуации и значимые изменения по шкале вегетативных нарушений. У женщин без опыта перинатальных потерь в анамнезе отмечается высокий уровень невротической депрессии и истерического типа реагирования.

3. Уровень владения ситуацией и позитивное ожидание от ситуации положительно коррелируют с негативными эмоциональными состояниями в раннем послеродовом периоде. Это обуславливает мишени психологической помощи женщинам с учетом особенностей и

степени выраженности эмоциональных состояний, связанных с рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности.

4. В раннем послеродовом периоде у женщин существует потребность в эмоциональном отреагировании стрессовой ситуации, сопряженной с рождением больного ребенка. В последующем помощь клинического психолога должна быть направлена на усиление когнитивных компонентов и повышение информированности с целью коррекции иррациональных страхов и тревоги, а также с целью повышения внутренних ресурсов женщины.

Таким образом, исследование специфики невротических состояний и изучение когнитивных и эмоциональных компонентов субъективного восприятия женщиной актуальной жизненной ситуации, связанной с рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, является первым этапом психологического сопровождения в раннем послеродовом периоде.

Литература

1. Александрова О.В., Дерманова И.Б. Семантический дифференциал жизненной ситуации // Консультативная психология и психотерапия, - 2018. - Т. 26 № 3. - С. 127—145.
2. Золотова И.А., Арутюнова А.Н. Личная включенность в ситуацию и особенности отношения к новорожденному с заболеванием в раннем неонатальном периоде у женщин, с опытом перинатальных потерь в анамнезе // Психология стресса и совладающего поведения: устойчивость и изменчивость отношений, личности, группы в эпоху неопределенности: материалы VI Международной научной конференции (г. Кострома, 22–24 сентября 2022 г), С.349-353.
3. Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1998. – С. 545–552.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ

Лиознова Е. В.

ГБДОУ №135 Выборгского района, СПб, РФ

toana@yandex.ru

Ключевые слова: дошкольники с ОВЗ, психологические особенности родителей, профилактика нарушений развития при ОВЗ.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PARENTS OF PRESCHOOLERS WITH DISABILITIES

Lioznova E. V.

FSBI № 135 Vyborgsky district, St. Petersburg, Russia

toana@yandex.ru

Keywords: preschoolers with disabilities, psychological characteristics of parents, prevention of developmental disorders with disabilities.

Одна из принципиальных характеристик детства – несамостоятельность, зависимость маленького человека от взрослых. Ребенок является элементом семейной системы, поэтому психологические особенности родителей оказывают существенное влияние на его формирование. Безусловно все родители разные, однако некоторые жизненные обстоятельства увеличивают вероятность возникновения у человека конкретных психологических черт. Одно из таких обстоятельств – воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Проанализируем наиболее типичные особенности родителей, возникающие вследствие ситуации воспитания дошкольника с ОВЗ, и их проявления во взаимодействии с ребенком и взрослыми (в частности, специалистами сферы медицины и педагогики).

Влияние на психику родителей детей с ОВЗ зависит от особенностей нарушения здоровья, которые могут быть классифицированы по разным критериям. В контексте данной темы предлагаем следующие три критерия: тяжесть, социальная представленность, степень личностной деформации. Первый критерий – тяжесть нарушения. Легкие нарушения, как правило, надежно устраняются специалистами и практически не формируют каких-либо типологических особенностей родителей. Однако они могут повлиять на взаимоотношение взрослый – ребенок, поскольку работа со специалистом требует, во-первых, повышенной организованности родителей (вовремя привести, помочь выполнить домашнее задание, как, например, при работе с детьми с нарушением речи); во-вторых, умения мотивировать ребенка, терпимо относиться к некоторым неприятным процедурам (например, дополнительным уколам, или помещению в рот инструмента логопеда). В таких ситуациях недостаточно коммуникативно зрелый родитель нередко использует инструменты подавления, что влияет на самооценку ребенка, формирование у него целеустремленности, способности защищать свои границы.

Тяжелые недуги ребенка, нередко с сопутствующими заболеваниями, сказываются на всем укладе семьи, зачастую меняя саму жизнь, мировоззрение и взаимоотношения родителей. Именно они могут стать источником типичных изменений личностных особенностей родителей.

Второй критерий – социальная представленность дефекта. Обнаружение одних нарушений требует особого анализа специалиста, другие – легко заметны окружающим. Последняя ситуация создает устойчивое социальное давление как на взрослого, так и на ребенка. Семья привлекает повышенное внимание своим отличием от других, окружающие

часто спрашивают, что с малышом. Это может привести к многократной ретравматизации, недостаточной интеграции ребенка (и родителя) в социальное пространство. И коммуникативно незрелый родитель может начать избегать общения, создавая неблагоприятные условия для формирования дошкольника; отвечать агрессивно на «навязчивое любопытство окружающих», считать ребенка (и себя, как источник проблемы) «инаким, неправильным». Это приводит к закреплению демонстрируемых моделей поведения у дошкольника, к дальнейшим трудностям в его идентификации и формировании позитивной самооценки.

Третий критерий – степень личностной деформации (разная сфера нарушений – физическая или ментальная). Даже тяжелое физическое нарушение может не ограничить духовное развитие человека (вспомним талантливого мотивационного тренера Ника Вуйчича с практически отсутствующими конечностями или обездвиженного гениального физика Стивена Хокинга). Физическое нездоровье, даже при резко отрицательном прогнозе, может привести к полному духовному развитию ребенка во взрослом возрасте, хотя и сказывается на процессе его становления. Родитель видит перспективу полноценного социального приспособления к недугу (если не излечения), и это поддерживает его силы. Ментальные сбои (например, РАС) могут существенно ограничить самореализацию личности, и ребенок может так никогда и не стать самостоятельным взрослым. В последнем случае ситуация предъявляет высокие требования к толерантности и самопринятию родителя, иначе взрослый может часто демонстрировать повышенную агрессивность, мстительность за «неудавшееся родительство», формировать комплекс жертвы.

Однако, независимо от сферы дефекта и его социальной представленности, ситуация воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья способствует формированию типичных психических характеристик родителя.

Женщина, рожая ребенка, как правило, надеется на благополучный исход, и хотя для многих беременных характерна повышенная тревога в отношении ожидаемого малыша, наличие у него патологии (не важно, на каком этапе она выявлена) воспринимается как «обманутые ожидания». В этих условиях родителю необходимо совладать с потерей (в данном случае образа идеального дитя). Он в том или ином виде проходит все этапы этого процесса: шок, отрицание, торг, агрессия, депрессия, принятие. Поведение родителя будет во многом зависеть от этапа переживания, на котором находится взрослый, но часто для родителей дошкольников основные этапы совладания с потерей еще не пройдены, что проявляется в повышенной ранимости и эмоциональности.

Поскольку дети с ОВЗ объективно являются более тяжелыми с точки зрения обучения и воспитания (требуют особого подхода), это предъявляет повышенные требования к семейным

ресурсам (и духовным, и, часто, материальным). Поэтому среди родителей, особенно мам таких детей, чаще встречаются нересурсные, даже эмоционально выгоревшие мамы. Это может проявляться в повышенной раздражительности или, напротив, в безразличии, как охранной стратегии. К этому добавляется хронический стресс, тревога за состояние ребенка и его динамику, а стресс приводит к высокой внушаемости, низкой критичности. Такие родители склонны верить в чудо, превозносить, а потом проклинать, специалиста, если не видят ожидаемых ими результатов. Потребность в контроле у таких родителей реализуется в высокой целеустремленности, определенной ригидности. Если они внушили себе полезность для ребенка какого-то средства, их трудно перенаправить.

Одной из человеческих потребностей является потребность в понимании. Соответственно одной из типичных черт рассматриваемой группы родителей является поиск причины отклонений у ребенка в ключе ответственности. Нередко, особенно у мам, можно столкнуться с чувством вины, снижения самооценки, неуверенности. Поиск виновного может сформировать рентную установку, мнение, что окружающие (врачи, педагоги) им многое должны. Это проявляется в высокой требовательности во взаимодействии с ними.

Чаще, чем в общей выборке, среди родителей с детьми ОВЗ встречается отягощенный медицинский и социальный анамнез. Мамы могут сами не отличаться крепким здоровьем, среди них больше возрастных мам; в тяжелых случаях заболевания ребенка мужчины чаще уходят из семьи, поэтому больше одиноких мам; поскольку нездоровье ребенка может быть следствием не бережного поведения мамы во время беременности, относительно чаще встречаются нежданные дети. При ментальных нарушениях также более часты аналогичные проблемы у родителей, а при педагогической запущенности – низкая социальная адаптация родителей.

Понимая, что сходная ситуация – воспитание ребенка с ОВЗ – увеличивает вероятность возникновения определенных психологических характеристик родителей, которые создают неоптимальные условия для психосоциального развития ребенка и дополнительные трудности во взаимодействии со взрослыми, необходимо, принимать меры в двух направлениях.

С одной стороны, можно научить окружающих семью взрослых (прежде всего специалистов помогающих профессий в сфере медицины и педагогики) осознавать типичные проблемы и уметь адекватно взаимодействовать с особой семьей. С другой стороны, важно оказывать психологическую поддержку самим родителям, находящимся в такой трудной жизненной ситуации, особенно на этапе дошкольного детства, когда процесс совладания с потерей еще, как правило, не завершен. Формирование более зрелых коммуникативных свойств родителей является перспективным направлением повышения психического здоровья детей, поскольку в дошкольном возрасте именно родители являются моделью поведения и

условием дальнейшей интериоризации способов совладания с жизненными трудностями.

ОБЗОР ПО ПРОБЛЕМАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ СЕМЬИ

Мороз Д.А.

КНД, Артем, Россия

DashaMoroz.95@mail.ru

Ключевые слова: клиническая психология, психология семьи, семейная терапия, психологическое консультирование.

CLINICAL FAMILY PSYCHOLOGY

Moroz D.A.

RND, Artem, Russia

DashaMoroz.95@mail.ru

Keywords: clinical psychology, family psychology, family therapy, counseling psychology.

Семья – одна из важнейших базовых социокультурных ценностей, созданных человечеством за всю историю своего существования. В ее позитивном развитии, сохранении, укреплении заинтересовано общество, государство. В прочной, надежной семье нуждается каждый человек, независимо от возраста. В современной реальности сохранить семью довольно трудно, в России наблюдается высокий уровень разводов. По данным Росстата за 2021 год на 1 049 735 браков приходится 611 438 разводов, что составляет 58%. Этот показатель незначительно колебался в меньшую и большую стороны с 2000-х годов [14]. Данные статистические показатели напрямую указывают на утрату ценностей института брака и семьи, утрату традиционных семейных отношений как основной опоры человеческого бытия, что атрибутирует необходимость развития направления клинической психологии семьи.

Э.Г. Эйдемиллер Э.Г., В. Юстицкис рассматривают семью как систему отношений, которые происходят между ее членами [12]. Она является открытой и самоорганизующейся. Авторы выделяют ряд признаков, характерных для семьи как семейной системы: система всегда больше, чем сумма входящих в нее элементов; один фактор, способный повлиять на систему, оказывает влияние на каждую ее структурную часть. Согласно теории семейных систем М. Боуэна при прохождении семьей жизненного пути происходит процесс наследования внутрисемейных взаимоотношений [2]. Семья становится фактором

становления личности ребенка, определяя ценности, нормы морали и нравственности будущей личности. Предмет клинической психологии семьи – это особенности семейного функционирования в их значении для диагностики, лечения и предупреждения болезней; сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и взрослых [4]. В случае возникновения отклонений, лежащих в пограничной области или за пределами нормы, семья рассматривается как существенный этиологический и патогенетический либо как реабилитационный фактор, который является источником психической травматизации или стабильности личности [13].

Цели клинической психологии семьи сформулированы следующим образом [9]:

- 1) Определение роли семьи в происхождении, развитии и профилактике болезней; сохранении и укреплении здоровья детей и взрослых;
- 2) Изучение семьи как фактора аномального развития и отклоняющегося поведения;
- 3) Исследование влияния различных болезней на семейные отношения;
- 4) Разработка методов семейной психологической диагностики;
- 5) Создание классификации семей, нуждающихся в оказании психологической помощи;
- 6) Разработка методов психологического воздействия, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (методов семейной психотерапии).

В рамках семейной психотерапии в практику было введено понятие «семейного диагноза» [12]. Постановка семейного психологического диагноза – это выявление в жизнедеятельности определенной семьи нарушений, ухудшающих качество восприятия жизни одного или нескольких членов семьи. Во-вторых, это выявление тех семейных ресурсов, от которых зависит коррекция этих нарушений.

Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента, выделяют два типа семейных кризисов: нормативный и ненормативный [11]. Авторы выделяют семь нормативных кризисов семьи: принятие на себя супружеских обязательств; освоение супругами родительских ролей и принятие факта появления нового члена семьи; включение детей во внешние социальные культуры; принятие факта вступления ребенка в подростковый период; семья, в которой выросший ребенок покидает дом; супруги вновь остаются вдвоем; повторный брак. И пять ненормативных кризисов семьи: измена; развод; тяжелая болезнь; инцест; смерть члена семьи.

Р.В. Овчарова [10] заключает, что наиболее частыми семейными проблемами, для которых необходима психологическая помощь клинического характера, являются трудности в установлении границ семьи (сфера влияния и вмешательства других людей в семейное ядро);

выработки семейных норм и правил; распределении и балансе семейных ролей и обязанностей; проблемы сексуального характера (например, сексуальные расстройства).

В качестве критерия оценки психологического благополучия (неблагополучия) семьи И.В. Добряков определяет степень реализации базовых семейных функций [13]. Так, воспитательная функция удовлетворяет потребность в родительстве, контактах с детьми и их воспитании, в реализации себя в детях; сексуально-эротическая — сексуальную потребность; эмоциональная — потребность в принятии, любви, уважении, поддержке, психологической защищенности, самовыражении; хозяйственно-бытовая — материальные потребности, потребность в самосохранении; функция духовного общения — потребность в совместном проведении досуга, в познании и саморазвитии.

Развитие клинической психологии семьи, по аналогии с семейной психологией, базируется на таких фундаментальных отраслях современной психологии, как дифференциальная психология, психология развития, психология личности и социальная психология [9].

Л.А. Головей [3] в современной парадигме рассматривает дифференциальную психологию как категорию, которая изучает природу и источники индивидуально-психологических различий, детерминанты их формирования, сущность, типологию и специфику их проявления в феноменах целостной индивидуальности. Таким образом, каждая семейная система обладает набором индивидуально-психологических характеристик, которые необходимо учитывать в ходе клинического вмешательства в семью.

В рамках социальной психологии личности основной акцент делают на процессах социализации и социальной адаптации человека, освоении социальных норм и ролей, приобретения социальных установок и ценностных ориентаций, которые первоначально протекают в семье [7].

О.А. Карбанова [5] предлагает психологическую помощь семье в форме психологического консультирования и семейной психотерапии со следующими задачами: консультирование по вопросам вступления в брак, поиска брачного партнера, заключения брака; консультирование по вопросам супружеских отношений; психологическая помощь семье в кризисных ситуациях и при разводах; психологическое сопровождение беременности и родов; консультирование по проблемам детско-родительских отношений; консультирование по проблемам психического развития и воспитания детей, включая группы риска и одаренных детей; психологическая помощь в вопросах усыновления и воспитания детей; сопровождение приемной семьи; психологическая профилактика развития детей, воспитывающихся «без семьи»; психологическая помощь в случае семейного насилия; психологическая помощь в ситуации хронического тяжелого заболевания, потери члена семьи; психологическая помощь

семьям с инвалидами, лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Еще один вариант семейной терапии – структурная семейная терапия С. Минухина [8]. В фундаменте данного подхода находятся три аксиомы:

1) Осуществляя психологическую помощь, необходимо принимать в расчет всю семью. Каждый из членов семьи должен рассматриваться как ее подсистема.

2) Терапия семьи изменяет ее структуру и приводит к изменению поведения каждого из членов семейной системы.

3) Работая с семьей, психолог присоединяется к ней, в результате возникает терапевтическая система, делающая возможными семейные изменения.

Таким образом, клиническая психология семьи как профилактически-реабилитационная терапия диктует необходимость разработки специальных учебных планов и программ для подготовки специалистов выше указанного профиля на факультетах психологии вузов и в системе последиplomного психологического и медицинского образования.

Литература

1. Аверин В.А. Объяснительные принципы психологии развития // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2015. №1. С. 18-26.
2. Боуэн М. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика. М.: Когито-Центр, 2008. 496 с.
3. Головей Л.А., Дерманова И.Б. Дифференциальная психология: современный взгляд // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. №2. С. 4-12.
4. Добряков, И. В., Никольская, И. М. Клиническая психология семьи и перинатальная психология как разделы медицинской (клинической) психологии // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. №21 (2). С. 104-108.
5. Карабанова О.А. Семейное психологическое консультирование: теория, практика, образование // Национальный психологический журнал. 2010. №1. С. 104-107.
6. Коренева Е.П. Психология семейного кризиса: подходы к семейному консультированию при ненормативных кризисах // Концепт. 2019. №3. С. 11-11.
7. Минеева О.А., Лидерс А.Г. Методологические основы исследования представлений о семье // Теоретическая и экспериментальная психология. 2011. № 4 (2). С. 71-87.
8. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии/Пер. с англ. А.Д. Иорданского. – М.: Независимая фирма "Класс", 1998. — 304 с.
9. Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения // Медицинская психология в России. 2010. № 4.
10. Овчарова Р.В. Психология родительства / Р.В. Овчарова. М.: Академия, 2005. 368 с.
11. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.И., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. — СПб.: Речь, 2006. 360 с.
12. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. Издательский дом «Питер», 2021. 672 с.
13. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз. – СПб.: Речь, 2006.
14. URL:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography

**РОЛЬ СЕМЬИ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

sayorababaraximova2010@gmail.com

Ключевые слова: стили воспитания; семья; подростки; личностные особенности.

**THE ROLE OF THE FAMILY IN THE RISK OF DEVELOPING NON-SUICIDAL SELF-
HARMING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS**

Muhtorov B.O., Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Suleymanov Sh.R., Sharipova F.K.

TashPMI, Tashkent, Uzbekistan

sayorababaraximova2010@gmail.com

Keywords: parenting styles; family; adolescents; personal characteristics.

Введение. Актуальность проблемы исследования аутоагрессивных тенденций у детей и подростков обусловлена стремительным ростом случаев самоповреждающего несуицидального поведения среди данного контингента населения [1, 13, 15]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем [10, 12]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [4, 11]. В научных трудах большинство исследователей проводят корреляционную взаимосвязь аутоагрессивных тенденций с девиантными и деликвентными формами поведения, социализированными расстройствами поведения [6, 8, 9]. Возникновению несуицидального самоповреждающего поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами [3]. По мнению ряда исследователей, суицидальные тенденции обусловлены развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, в связи с патологическими внутрисемейными взаимоотношениями [5]. По данным ряда авторов,

микросоциальное окружение, в том числе семья, стили родительского воспитания и образовательные учреждения способствуют риску развития аутоагрессивного поведения у детей и подростков [7,14].

Цель исследования: изучить семейные факторы риска формирования аутоагрессивных тенденций у подростков допризывного возраста для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы. Обследовано 111 подростков допризывного возраста с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев акцентуированных личностных черт по МКБ-10–Z73.1. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуйцидального генеза. В основную группу были отобраны 61 подросток с самоповреждающими действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием аутоагрессии. Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.). Структурированный личностный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержал перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования несуйцидального самоповреждающего поведения с учетом личностных особенностей.

Результаты. Одной из задач нашего исследования явилось изучение семейных взаимоотношений, как предикторов формирования несуйцидального самоповреждающего поведения. В ходе исследования на основании сбора анамнестических сведений был выявлен состав семьи подростков и проведено распределение подростков основной группы и группы сравнения в зависимости от состава микросоциального окружения. Сравнительный анализ распределения подростков в зависимости от состава семьи и микросоциального окружения определил, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациентов из группы сравнения -76% случаев наблюдения. А у подростков основной группы были зарегистрированы высокие показатели по параметрам - воспитание одним родителем - в 36% случаев, наличие неродного родителя установлено у 6 пациентов (9,8% случаев), воспитание у родственников (чаще всего бабушки по материнской линии) - у 5 (8,2%), воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате со спецколледжом) – у 4 (6,6%) подростков.

Таким образом, обобщая полученные данные результатов исследования особенностей состава семьи и микросоциального окружения определили, что наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи.

Также были изучены уровни доверительных и гармоничных взаимоотношений в семьях, в зависимости от которых мы распределили подростков, на воспитывающихся в гармоничных и дисгармоничных семьях. Дисгармоничная семья в свою подразделялась на деструктивную, дисфункциональную и амбивалентную. Под деструктивной семьёй понималась семья, где один или оба родителя злоупотребляли спиртными напитками или в семье один из родителей страдал психическим заболеванием. Дисфункциональная семья – это неблагополучная семья с постоянными конфликтами, ссорами между родителями, оскорблениями и унижениями, где присутствует неблагополучный микроклимат, и родители не выполняют основных предназначений по воспитанию ребенка. Амбивалентная семья состояла из противоречивых взаимоотношений психологического и социального уровня, между членами семьи присутствовало полное отчуждение, отношение к ребенку в такой семье показное, слова расходятся с действительностью, внешне это благополучная семья с достаточным материальным достатком, где забота о ребёнке ограничивается удовлетворением материальных потребностей, но отсутствуют любовь, эмоциональные привязанности, духовное взаимопонимание. Анализ распределения подростков по видам семьи показал, что в общей выборке преобладали деструктивные семьи (64%), на втором месте по встречаемости определены амбивалентные семьи (32%), дисфункциональные семьи установлены в 29,7% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков из группы сравнения.

Было проведено распределение подростков по видам семей в основной группе и группе сравнения для анализа количественной представленности этого параметра исследования. В основной группе регистрировались высокие показатели подростков из деструктивных семей - 24 (39,3% случаев), а в группе сравнения преобладали подростки из амбивалентных (34%) и дисфункциональных (30%) семей.

При изучении типов родительского воспитания использовали классификацию А.Е. Личко. Были определены следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи. С целью сравнения стилей родительского воспитания распределили подростков по типам воспитания. В основной группе подростки чаще воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (27,9%), жестокое обращение (21,3%) и потворствующая гиперпротекция (26,2%). В группе сравнения наблюдалась высокая доля пациентов с типом воспитания, где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (28% случаев).

Межгрупповой анализ стилей родительского воспитания установил преобладающие показатели жестокого обращения, потворствующей гиперпротекции, гипопротекции и

эмоционального отвержения в основной группе обследуемых подростков, что позволяет отнести их к предикторам риска развития суицидальных тенденций.

Выводы. Проведенное исследование семейных факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения у подростков допризывного возраста определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию аутоагрессивных тенденций со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции фактов самоповреждающих действий у подростков допризывного возраста для снижения среди них риска суицидальной готовности.

Литература

1. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. – №1(39). – С.146-153.
2. Бабарахимова С.Б. Суицидальное поведение депрессивного спектра у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков / 2020 - №2(17). – С.23-28.
3. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Исследование суицидальных тенденций у подростков с синдромом бродяжничества с учётом личностных особенностей // Вопросы психического здоровья детей и подростков / 2020- №4(19). – С.4-10.
4. Банников Г.С. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях / Г.С. Банников, Н.Ю. Федунина, Т.С. Павлова, О.В. Вихристюк, А.В. Летова, 207 М.Д. Баженова // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т. 24. №3. - С.42-68.
5. Ведяшкин В.Н. Аддиктивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей / В.Н. Ведяшкин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. - 2011. - №15. - С. 210- 212.
6. Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Роль конфликтных ситуаций в формировании несуицидального самоповреждающего поведения у мальчиков подростков допризывного возраста // Проблемы биологии и медицины. 2022. № 3 (136), С. 67-71.
7. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.
8. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analisis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.
9. Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55.
10. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Relationship of personal characteristics in adolescents with suicidal tendencies // NJD-i-science. VOL 2, No 40 (2020) pp. 19-22.
11. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18.
12. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. Efficacy using the psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1st type // Education and Psychology. No 3 (2017) pp. 77-801.
13. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. The psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1 type // Personality in Changing World: Health, Adaptation, Development. No 3 (18) 2017, pp. 381-390.

14. Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5(2020) pp.24-27.
15. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В СВЯЗИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Пашиева М.В.

ФГБОУ ВО ПГГПУ, Пермь, Россия

mvpashieva@mrks.permkrai.ru

Ключевые слова: личностные особенности, развод, конфликты, младшие школьники.

CONNECTION OF JUNIOR SCHOOLERS PERSONAL TRAITS WITH THEIR PARENTS RELATIONSHIP PECULIARITIES

Pashieva M.V.

FSBI HE PSHPU, Perm, Russia

mvpashieva@appk.permkrai.ru

Key words: personal traits, divorce, conflicts, junior schoolers.

Введение. Имеются разные данные о связи семейной ситуации, в которой растет и развивается ребенок, с его особенностями психики и личности. Так, выделяются специфические особенности личности ребенка, растущего в неполных семьях (Иванченко, 2010). Существует классическая проблема, корни которой заложены еще А. Адлером, о влиянии порядка рождения ребенка на его личностные особенности (Лаптева и др., 2019). При этом эти и другие работы могут быть объединены одной обобщающей закономерностью, выраженной Р.С. Немовым, согласно которой устойчивые психологические характеристики человека формируются под влиянием социума, а затем влияют в ответ на этот социум (Немов, 2003). Семья, безусловно, является одной из самых значимых ячеек данного социума и способствует как развитию адаптивных и способствующих благополучию ребенка качеств, так и может повлиять на повышение риска дезадаптации и неблагополучия по различным причинам.

Данное исследование фокусируется на проблеме личностных особенностей младших школьников в обычных и разведенных семьях, а также на связи упомянутых личностных особенностей детей со стратегиями поведения их родителей во время конфликтов друг с другом. Первая исследовательская гипотеза заключается в том, что дети в разведенных семьях

являются более тревожными и менее уверенными в себе, испытывая в среднем большее внутреннее напряжение. А вторая гипотеза носит эксплораторный характер и направлена на обнаружение связи между выраженностью стратегий поведения родителей в конфликте и личностными особенностями их детей.

Материал и методы. В исследовании приняли участие по одному из родителей в каждой семье (чаще всего – мама), а также один или несколько детей из этой семьи. Необходимо было, чтобы дети обучались в 3 или 4 классе, а также не имели нарушений развития и содержательно отвечали на вопросы опросника. Всего было составлено 357 пар испытуемых (родитель, ребенок), из которых 309 пар относились к обычным семьям, а 48 пар – к семьям, где родители находятся в разводе. Среднее время нахождения в браке составило 144,35 месяца; в разводе – 69,9 месяцев. Средний возраст детей составил 9,5 лет; мальчиков было 189, девочек – 168.

С целью измерения стратегий поведения, используемых в конфликтах с супругом, родители проходили модифицированную методику «Стиль поведения в конфликте» (Гришина, 2008). Модификация состояла в изменении инструкции, а именно переводу фокуса с поведения в конфликтах вообще на поведение в конфликтах с бывшим супругом. С целью измерения личностных особенностей дети проходили Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттела (Александровская, Гильяшева, 1995). Для контроля понимания инструкции были введены 2 служебных вопроса, дублирующих по структуре вопросы методики, но содержащие заведомо правильные ответы (определение пола и текущего рода занятий (учеба или работа)). Данные респондентов, верно ответивших на оба вопроса, подвергались дальнейшему анализу. Также дети проходили вариант методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (от руки на бумаге). Шкалами выступили 1) здоровье (тестовая шкала, на которой объяснялось задание), 2) ум, 3) характер, 4) успех, 5) счастье.

Для сбора данных опросников использовался онлайн-сервис Google-forms, для обработки данных – программы Microsoft Excel 2016 и IBM SPSS Statistics 25.

Для проверки гипотезы о различиях между личностными особенностями подгрупп детей из разведенных и обычных семей рассчитывался критерий Манна-Уитни в силу ненормальности распределений параметров личностных особенностей и небольшой величины одной из подгрупп детей (48 человек). Для проверки гипотезы о связи личностных особенностей со стратегиями поведения родителей в конфликте рассчитывался ранговый коэффициент корреляции Пирсона в обеих подгруппах.

Результаты и их обсуждение. По итогам сравнения групп детей, родители которых состоят в браке или находятся в разводе, по критерию Манна-Уитни выявлены следующие значимые различия ($p < 0,05$), отраженные в Таблице 1.

Таблица 1.

Значимые различия в личностных особенностях детей, родители которых состоят в браке или находятся в разводе (приведены средние ранги)

	Общительность	Уверенность в себе	Социальная смелость	Чувствительность	Тревожность	Нервное напряжение	Самооценка здоровья
Брак	185,33	184,97	184,67	174,13	174,42	175,18	183,98
Развод	138,23	140,55	142,51	210,32	208,50	203,56	146,94

Можно заметить, что дети из обычных, неразведенных семей, являются более общительными, готовыми идти на социальные контакты, уверенными в себе и менее напряженными. Тогда как дети, чьи родители разведены, чувствуют большее напряжение, тревогу и неуверенность в себе. Вероятно, это связано с наблюдаемым опытом негативного отношения родителей, распада семьи (что тяжело переживается детьми), демонстрацией негативной стороны человеческих отношений, что отражается на восприятии мира, других людей и готовности вступать с ними в контакт. С точки зрения клинической психологии подобные личностные особенности могут влиять на становления дальнейших социальных контактов, проблемы социализации (в частности, на вторичную аутизацию ребенка), порождая потом и другие системные следствия (снижение учебной мотивации, успеваемости и затем адаптации в обществе в целом).

Приведем также значимые результаты проведенного корреляционного анализа связи выраженности стратегий поведения в конфликте супругов или бывших супругов с выраженностью тех или иных личностных особенностей детей. Приведем только коэффициенты $>0,3$, отражающие хотя бы слабую связь, а не тенденцию к ней.

Среди разведенных родителей установлено, что при возрастании выраженности стратегии компромисса в родительском поведении: 1) понижается чувствительность, повышается прагматичность ребенка – $R = -0,306$ ($p = 0,034$); 2) повышается раздражительность – $R = 0,301$ ($p = 0,038$); 3) выше становится самооценка ума – $R = 0,372$ ($p = 0,009$) и успеха – $R = 0,359$ ($p = 0,012$). Данная группа связей указывает на специфику самой стратегии компромисса, которая требует расчетливого подхода к взаимодействию с другим человеком, отстаивания своего интереса и учета интереса другой стороны. Это может приводить к росту интеллектуализации, прагматичности в том числе у ребенка, наблюдающего подобный род взаимодействия. Выстраивается портрет расчетливого, относительно успешного (стратегия компромисса – продуктивная, но не лучшая стратегия), но далеко не факт, что спокойного и

успешного ребенка, будущего члена общества. Каким будет его социальное положение и субъективное благополучие – остается догадываться, но есть вероятность возрастания рискованных системных следствий из связи личностных особенностей ребенка с наблюдаемыми (и влияющими на его жизнь) стратегиями поведения родителей во время конфликтов.

Также наблюдались и другие связи. При возрастании выраженности стратегии сотрудничества в родительском поведении: 1) возрастают расслабленность и спокойствие ребенка – $R=-0,286$ ($p=0,049$); 2) снижаются значения самооценки ума и успеха – в обоих случаях $R=-0,304$ ($p=0,036$). Эта группа связей практически обратна предыдущей: здесь возрастают предпосылки для формирования субъективного благополучия ребенка, снижения интеллектуализации и необходимости успешно побеждать в какой-то борьбе, поскольку базисно есть пример позитивного разрешения сложных ситуаций между значимыми взрослыми.

Среди родителей, находящихся в браке, установлено, что с возрастанием частоты ссор снижается самооценка ума – $R=-0,544$ ($p=0,016$). Возможно, это связано с тем, что в быту во время конфликтов и самому ребенку (который является младшим школьником с учебной деятельностью в качестве ведущей) достается часть негативного отношения родителей. И ругать его могут как раз за интеллектуальные способности, связанные с (не-)успешностью его обучения. Примечательно, что в разведенных семьях подобного рода связь не наблюдается, возможно, среднестатистический родитель, с которым остался ребенок, не направляет свои негативные переживания на данную сферу деятельности ребенка.

Заключение. В данном исследовании установлена связь между особенностями личности младшего школьника и его семейной ситуацией, а именно пребывании в обычной семье, либо в семье с разведенными родителями. Также установлен ряд связей между стратегиями поведения родителей во время конфликтов друг с другом с личностными особенностями их ребенка. Установлено, что в разведенных семьях дети более тревожные, напряженные, менее уверенные в себе и готовые инициировать социальные контакты. Также установлено, что некоторые стратегии поведения родителей во время конфликтов связаны с рядом личностных особенностей, при этом выраженность стратегии компромисса предсказывает несколько больше рисков для дальнейшего становления личности ребенка и его адаптации в обществе, чем выраженность стратегии сотрудничества, с которой связано возрастание расслабленности и спокойствия ребенка. Таким образом в данные о связи особенностей состояния семьи с личностными особенностями ребенка добавлен ряд новых данных, которые непротиворечиво по отношению к имеющимся указывают на значимость семейной ситуации для личностного, эмоционального, социального и когнитивного развития ребенка, профилактики рисков

негативных для благополучия и адаптации младшего школьника системных следствий из имеющихся личностных особенностей и семейной ситуации.

Литература

1. Александровская Э. М., Гильяшева И. Н. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р //М.: ФОЛИУМ. – 1995.
2. Гришина Н. В. Психология конфликта. – Издательский дом " Питер", 2008.
3. Иванченко В. А. Социально-психологические особенности детей из неполных семей //Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – Т. 10. – №. 2. – С. 69-72.
4. Лаптева Н. М., Валуева Е. А., Шепелева Е. А. Проблема влияния порядка рождения детей в семье на их интеллектуальные способности и личностные особенности //Современная зарубежная психология. – 2019. – Т. 8. – №. 2. – С. 83-94.
5. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. — 4-е изд. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Кн. 2. – с. 336.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СИТУАЦИИ ВЫСОКОКОНФЛИКТНОГО РАЗВОДА

Попова Н.В.

ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е Сухаревой ДЗМ , Москва, Россия

vega-n@mail.ru

Ключевые слова: высококонфликтный развод, детско-родительские отношения, комплексное психологическое исследование позиции ребенка.

STUDY OF PARENT-CHILD RELATIONS IN A SITUATION OF HIGH-CONFLICT DIVORCE

Popova N.V.

FSBI Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

vega-n@mail.ru

Keywords: high conflict divorce, parent-child relationships, complex psychological research.

Введение. Развод рассматривается психологами как результат кризисного развития отношений супружеской пары, однако для семьи, имеющей детей, развод не означает прекращение ее функционирования. «Семья сохраняет, по крайней мере, одну, но важнейшую функцию – воспитание детей. Разведенные супруги перестают быть мужем и женой, но всегда остаются родителями для своих детей» [1, с. 246]. Если бывшим супругам не удастся достичь соглашения о месте проживания и порядке общения с ребенком после развода, они обращаются в суд. При назначении судебной психолого-психиатрической экспертизы

экспертам приходится иметь дело с так называемыми «высококонтликтными» разводами [2, с. 52-55], для которых характерна повышенная эмоциональная напряженность, трудности межличностной коммуникации и кооперации, выраженная враждебность и недоверие между бывшими супругами, острая конкуренция за любовь ребенка, тенденция вовлекать ребенка в конфликт взрослых и использовать как «орудие» в борьбе против бывшего супруга, неспособность отделить интересы ребенка от своих собственных, ригидность установок. Эмоциональная напряженность высококонтликтного развода существенно затрудняет возможность реорганизации детско-родительских отношений и адаптации ребенка к новой семейной ситуации. В данном исследовании обобщили многолетний опыт проведения психолого-психиатрических экспертиз, накопленный отделением АСПЭ Центра им. Г.Е. Сухаревой. В работе представлены психологические аспекты отношения ребенка к каждому из родителей и к ситуации в целом, а также типология таких отношений, помогающая сориентироваться в потоке разнообразных и по-своему уникальных жизненных ситуаций.

Материал и методы. Было проанализировано 58 экспертных психологических заключений на детей и подростков в возрасте от 4 до 16 лет, проходивших психолого-психиатрическую экспертизу. На основе сопоставления трех основных блоков экспертного психологического исследования [2, с. 42-49]: 1) клинической беседы с ребенком, в ходе которой он высказывает свое мнение о семейной ситуации, 2) исследования эмоционального отношения ребенка к родителям при помощи проективных методик (ЦТО) и рисуночных тестов (Рисунок семьи), а также 3) наблюдения за совместной деятельностью ребенка с каждым из родителей при выполнении ими конструктивного задания (кубики Кооса) были выделены несколько типов семейных ситуаций и реакций на них ребенка.

Результаты и их обсуждение. 1. Отвержение ребенком одного из родителей (37,9%). Характерна высокая эмоциональная напряженность конфликта, а также высокая степень вовлеченности в конфликт как ребенка, так и других членов семьи. Ребенок высказывает резко негативное отношение к одному из родителей, категорически отказывается от общения с ним. Данные клинической беседы полностью подтверждаются проективными методиками: ребенок дает резко полярные оценки родителям, отказывается включать одного из них в семейную группу, демонстрирует отчужденность при выполнении пробы на совместную деятельность, вплоть до полного отказа от общения. Такое отношение дети объясняют агрессивным поведением родителя, выражают обиду, жалуется на «непонимание» его интересов («Приносит игрушки страшные», «Дарит невкусные конфеты» и т.п.), а также высказывают претензии, выходящие за границы его жизненного опыта («Забрал наши деньги», «Хочет выселить из квартиры» и т.п.). В личностной сфере такие дети проявляют признаки эмоциональной неустойчивости, тревожность, раздражительность, нетерпимость, ригидность

эмоциональных оценок и категоричность суждений, трудности всестороннего и критического осмысления ситуации, неспособность воспринять иную точку зрения. При любом решении суда общение ребенка с отвергаемым родителем невозможно без серьезной коррекции детско-родительских отношений.

2. Непоследовательная позиция (13,8%). В беседе, как и в предыдущей группе, ребенок выражает резко негативное отношение к одному из родителей, высказывает много жалоб и обид, однако его позиция не подтверждается данными проективных методик, по результатам которых наблюдается положительное эмоциональное отношение ребенка к каждому из родителей, включение их в одну семейную группу. В совместной деятельности наблюдается постепенное установление эмоционального контакта ребенка с негативно оцениваемым родителем.

3. «Другая семья» (8,6%). Один из родителей находится вне семьи с раннего возраста ребенка, ребенок его практически не помнит. В семье есть отчим (мачеха), которого ребенок принимает как отца (мать), семейная система вполне гармонична. Появление родителя нарушает устоявшийся порядок. Ребенок испытывает растерянность, неуверенность, раздражение. При беседе жалуется на трудности понимания новой ситуации («Не знаю, как с ним общаться», «Не знаю, какой он человек»), а также страх («Вдруг он меня заберет?»). В отдельных случаях проявляется обида («Не хочу с ним общаться, пусть уходит, он меня бросил, у меня теперь другой папа»). Проективные методики показывают непоследовательность или негативный характер оценок, отказ от включения родителя в состав семьи. При встрече ребенок не узнает отца (мать), не знает, как с ними общаться. Личностные реакции ребенка: ощущение неустойчивости своего положения, растерянность, тревожность, фрустрированное чувство безопасности.

4. «Маленький манипулятор» (6,9%). Семейные отношения отличает крайне высокий уровень конфликта, общение напоминает военные действия, отмечается высокая степень вовлеченности ребенка в конфликт. Ребенок с одной стороны, старается дистанцироваться от ситуации, а с другой понимает, что является «ценностью» для родителей и может извлечь выгоду из своего положения, лавируя между ними и получая то, что ему в данный момент нужно. Оценка ребенком ситуации и обоих родителей либо резко негативная, либо формально положительная. Поведение при общении - то подчеркнуто доброжелательное, заискивающее, то демонстративно отвергающее, требовательное. При исследовании личности ребенка отмечается внешняя эмоциональная холодность, эгоцентризм, демонстративность, ориентация на собственные интересы. За всем этим часто стоит чувство неуверенности, глубокое разочарование и отсутствие доверия к окружающим. Наиболее выражена личностная деформация.

5. Инфантильная позиция (24,2%). В беседе ребенок отказывается делать выбор между родителями, демонстрирует неприятие конфликта, отказ делать выбор в пользу одного из родителей. Основная позиция: «Одинаково люблю и папу и маму, хочу, чтобы все было как раньше». На проективных методиках можно видеть высокие положительные оценки обоих родителей. Характерен рисунок «другой» или «идеальной» семьи или рисунок своей семьи «в прошлом», «когда все были вместе». В реальном общении наблюдается менее выраженная напряженность конфликта и вовлеченности ребенка, а также стремление ребенка «примирить» родителей. При исследовании личности ребенка отмечаются черты эмоционально-волевой незрелости, избирательная общительность, ранимость, тревожность, чувство одиночества, трудности адаптации к изменениям, склонность к вытеснению негативных переживаний и идеализации прошлого, возможна идеализация одного или обоих родителей. По отношению к ситуации отмечается чувство неудовлетворенности и усталости от конфликта.

6. Понимающая позиция (8,6%). Характерна наименьшая выраженность конфликта. Отношение ребенка к конфликту носит «философский» характер («Случилось то, что случилось, надо жить дальше»). Ребенок может обосновать свой выбор одного из родителей и выражает готовность общаться с другим. На проективных методиках - положительная оценка каждого из родителей, но попытки примирить их уже не делаются. На рисунке семьи отдельно проживающий родитель часто изображается в отдалении от основной семейной группы, при этом указывается, что с ним также возможно общение. В совместной деятельности наблюдается достаточно хороший контакт с обоими родителями и стремление сохранить теплые отношения. Такая позиция характерна для наиболее социально зрелых подростков.

Заключение и выводы. Представленная типология является попыткой систематизации уникальных по своей природе жизненных обстоятельств, и может быть полезна для анализа ситуации и выявления позиции ребенка как представителям судебных органов и психологам-экспертам, так семейным психологам. Исследование показывает, что в ситуации высококонфликтного развода детско-родительские отношения нарушены столь существенно, что при любом решении суда, чтобы оно могло быть выполнено, необходимо привлечение семейного психолога, способного скорректировать неизбежно возникающие проблемы.

Литература

1. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. М.: Гардарики, 2005.
2. Сафуанов Ф.С., Харитонов Н.К., Русаковская О.А. Психолого-психиатрическая экспертиза по судебным спорам между родителями о воспитании и месте жительства ребенка. М.: Генезис, 2011.

РУМИНАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ: РОЛЬ КРИТИКИ В СЕМЕЙНЫХ КОММУНИКАЦИЯХ

Пуговкина О.Д., Гладких Д.Н.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва,

olgapugovkina@yandex.ru

Ключевые слова: руминации, депрессия, семейные факторы, критика.

RUMINATION IN DEPRESSION: THE ROLE OF CRITICISM IN FAMILY COMMUNICATIONS

Pugovkina O.D., Gladkikh D.N.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

olgapugovkina@yandex.ru

Keywords: rumination, depression, family factors, criticism.

Введение. Руминации – это повторяющиеся навязчивые размышления о чувствах, мыслях, проблемах, которые сопровождаются тягостным настроением и вытесняют конструктивные психические процессы и способствуют пассивному поведенческому стилю. Этот феномен хорошо узнаваем и психологически понятен и для пациентов, и для специалистов. В большом количестве эмпирических исследований (преимущественно зарубежных) установлена связь руминаций с риском возникновения и хронификацией различных психических расстройств, в первую очередь, депрессивных [3, 6]. Представлены и теоретические концепции руминативного мышления, и психологические интервенции, в первую очередь в когнитивном и метакогнитивном подходах; доступны психообразовательные материалы и различные ресурсы в интернете, в том числе в формате онлайн-приложений для контроля руминаций.

Несмотря на такую широкую проработку, исследования руминаций продолжают оставаться актуальной темой. Фокус исследований в последние годы сместился с установления связи между руминациями и отдельными психическими расстройствами к поиску психологических факторов склонности к руминативному мышлению [5]. В данной работе ставится задача оценки роли семейных факторов руминативного мышления при депрессивных расстройствах. В теоретическом плане эта задача восходит к классическим отечественным патопсихологическим исследованиям [1]. В этих работах не анализировались параметры семейной системы, семейные дисфункции и т.п., однако был установлен важнейший факт взаимосвязи структуры мышления у пациентов с расстройствами

шизофренического спектра и своеобразия мышления у их ближайшего окружения. Эти работы поставили вопрос о соотношении биологически, генетически обусловленных нарушений и особенностей, которые транслируются прижизненно в виде семейных эмоциональных коммуникаций и когнитивных стилей. В отношении руминативного мышления можно поставить сходные вопросы: какие аспекты руминаций связаны с ригидностью, обусловленной особенностями нервных процессов и темпераментом, а какие связаны со стилем семейного воспитания и коммуникаций. В наблюдениях современных психотерапевтов выдвигаются гипотезы о роли моделирования родительского стиля совладания, о роли критики и других семейных дисфункций в развитии склонности к руминациям у больных депрессиями.

Материал и методы. Методический комплекс исследования включал Шкалу склонности к руминациям (Ruminative Responses Scale, RRS) [7, 3] и Опросник Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК) [2], направленный на оценку выраженности различных стилей дисфункциональных коммуникаций в семье – критика, индуцирование тревоги, элиминирование эмоций, фиксация на негативном, внешнее благополучие, сверхвключенность, семейный перфекционизм.

В исследование были включены 32 пациента с текущим депрессивным эпизодом, из них: с рекуррентным депрессивным расстройством (F33.X) – 17 человек, с первичным депрессивным эпизодом (F32.X) – 15 человек. Эту группу составили 20 женщин и 12 мужчин в возрасте 19-54 лет, средний возраст $30,5 \pm 11,0$ лет. Консультации по вопросам включения пациентов осуществляли д.м.н., профессор Т.В.Довженко, к.м.н. Д.М.Царенко, зав. отделением, к.м.н. И.Н.Емельянова. Контрольную группу составили 30 здоровых испытуемых, соответствующих по социо-демографическим показателям.

Результаты и их обсуждение. Корреляционный анализ связи семейных эмоциональных коммуникаций и склонности к руминациям в обследованных группах продемонстрировал различие в механизмах этих взаимосвязей.

Что касается общей гипотезы о связи склонности к руминациям с выраженностью семейных дисфункций, то в обеих группах были установлены значимые положительные связи средней силы (на уровне 0,46, $p=0.01$ в группе здоровых испытуемых и на уровне 0,45, $p=0.05$ в группе больных депрессиями) между общим баллом по опроснику СЭК (нарушения семейных эмоциональных коммуникаций) и общим баллом склонности к руминациям (RRS).

При этом вклад отдельных подшкал опросника семейных эмоциональных коммуникаций в эти корреляции отличается в обследованных группах. В группе здоровых испытуемых наиболее «патологичным» в плане возможного влияния на склонность к руминациям оказался фактор «элиминирования эмоций». Зафиксирована также связь слабой силы между

выраженностью семейного перфекционизма и руминациями. Завышенные требования, убеждения в недопустимости ошибок, индуцирование стыда и чувства своего несоответствия могут выступать фактором, предрасполагающим к пассивно-руминативному стилю, который заключается в соотнесении себя с некими идеалами.

В группе больных депрессиями эти факторы оказались не связанными с руминациями, а роль играет именно фактор критики (уровне 0.48, $p=0.05$). Другие аспекты семейных коммуникаций не связаны с выраженностью руминаций.

Сам по себе этот результат не является неожиданным; исследование и было спланировано как эмпирическая проверка психотерапевтических гипотез. И эта проверка позволяет конкретизировать направления будущих исследований, например, изучение тех особенностей критики, которые делают ее не конструктивным инструментом коммуникации и воспитания, а наоборот, закрепляют крайне дисфункциональную стратегию – руминирование.

Выявленные различия в сравниваемых подгруппах (связь руминаций с критикой в группе больных депрессиями и связь руминаций с элиминированием эмоций в группе здоровых испытуемых) дают также аргумент к идущей в литературе дискуссии относительно разделения руминаций на более дисфункциональные и менее дисфункциональные, которые иногда называются рефлексивными. Действительно, руминации – это широко распространенный феномен, который встречается не только у пациентов с депрессиями, но и в условно здоровой популяции. Возможно, стиль эмоциональных коммуникаций в семье определяет содержание и динамику руминаций: элиминирование эмоций и перфекционизм приводят к склонности руминировать на тему достижений, и такие руминации менее депрессогенны по сравнению с теми, в основе которых лежит труднопереносимая критика и, впоследствии, - самокритика.

Выводы. В пилотном эмпирическом исследовании зафиксирована связь между дисфункциями семейных эмоциональных коммуникаций и склонностью к руминациям во взрослом возрасте в обеих обследованных группах – больных депрессивными расстройствами и здоровых испытуемых. Различия в конфигурации вклада семейных дисфункций заключаются в том, что в группе здоровых испытуемых склонность к руминациям связана с элиминированием эмоций, а в группе больных депрессиями – с фактором родительской критики. Этот результат уточняет мишени психотерапии руминаций и проясняет вопрос различий склонности к руминациям у пациентов с депрессиями и повторяющихся неприятных размышлений в общей популяции.

Литература

1. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
2. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 4 С. 97–125.
3. Пуговкина О.Д., Сыроквашина А.Д., Истомина М.А., Холмогорова А.Б. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 3. С. 88–115.
4. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015.
5. McLeod B.D., Weisz J.R., Wood J.J. Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis // Clin. Psychol. Rev. 2007. Vol. 27. P. 986–1003.
6. Nolen-Hoeksema S., Wisco B.E., Lyubomirsky S., Rethinking Rumination // Perspectives on Psychological Science. 2008. Vol. 3. P. 400–424.
7. Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis // Cognitive Therapy and Research. 2003. Vol. 27(3). P. 247–259.

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ В ЭКСПЕРТИЗЕ ПО СЕМЕЙНЫМ СПОРАМ О ВОСПИТАНИИ РЕБЕНКА

Савина О.Ф., Морозова М.В.

ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

psyhol1@yandex.ru

Ключевые слова: психическое и психологическое здоровье, судебный спор о воспитании ребенка, экспертные психологические выводы.

THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF PARENTS IN THE EXPERT EXAMINATION ON FAMILY DISPUTES ABOUT THE UPBRINGING OF A CHILD

Savina O.F., Morozova M.V.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

psyhol1@yandex.ru

Keywords: mental and psychological health, a legal dispute about the upbringing of a child, expert psychological conclusions.

В последние годы значительно возросло число назначаемых судами комплексных психолого-психиатрических экспертиз по семейным спорам о воспитании детей. При том, что подэкспертные, как правило, не имеют верифицированного психиатрического диагноза, перед экспертами всегда ставится вопрос о наличии/отсутствии психического расстройства у родителей. С одной стороны, при амбулаторном освидетельствовании для констатации

психического заболевания, даже пограничного или временного, обычно не имеется достаточных оснований. С другой, если возникают сомнения по этому поводу, то преобладает презумпция здоровья, в том числе и в связи с тем, что любая клиническая квалификация психиатром психологического неблагополучия может восприниматься неспециалистами как подтверждение серьезных отклонений от нормы, иметь стигматизирующие последствия, стать инструментом давления и манипулирования, аргументом для дискредитации родительской фигуры одной из сторон конфликта. В таких ситуациях встает проблема консенсуса психологов с психиатрами из-за возникшего своеобразного когнитивного диссонанса, трудностей опредмечивания и квалификации выявленного феномена.

Обращение родителей в суд для решения вопроса о месте проживания и порядке общения с ребенком свидетельствует обычно о том, что все остальные варианты и пути для бывших супругов оказались неэффективны. Этому этапу противостояния достигают родители, находящиеся в состоянии острого и при этом пролонгированного семейного конфликта, в который нередко включены и их близкие. Длительный стресс, а иногда и дистресс, в той или иной степени сказывается на личности, психологических ресурсах, эмоциональной стабильности вовлеченных в борьбу за ребенка лиц. Экспертное исследование в рамках судебного разбирательства является дополнительным фрустрирующим фактором в силу высокой степени неопределенности при значимости и ожидании благоприятного экспертного заключения в свою пользу каждой из сторон. Тем более, что процедура экспертизы подразумевает неизбежные контакты членов семьи, а поведение детей не всегда согласуется с целями и установками родителей, их непосредственные высказывания могут содержать нежелательную информацию. Росту эмоционального напряжения способствует и то обстоятельство, что при беседе с врачом и психологом родителям приходится делиться историей жизни, подробностями конфликта, его динамикой, раскрывать характер претензий и отстаивать собственную позицию. Вследствие указанного контингент взрослых подэкспертных КСППЭ о воспитании ребенка часто составляют лица с заострением индивидуально-психологических особенностей, напряженностью в сфере психологических защит, копингов, адаптационных ресурсов. Под влиянием стрессоров у них могут проявляться личностная дисгармония, гипертрофированность реакций, внешне соответствующие критериям акцентуации характера, чего не отмечалось до конфликта, да и на период обследования они зачастую нивелируются в нейтральных обстоятельствах.

Для принятия судом обоснованного и реализуемого решения крайне важны, помимо отношения к ребенку, родительской компетентности и позиции, психологическое

благополучие, эмоциональная стабильность, личностная состоятельность, вектор динамики личностных изменений (если они есть), способы и ресурсы адаптации отца и матери. В связи с указанным, значимой составляющей рассматриваемого предметного вида КСППЭ становится психологическая диагностика здоровья взрослых в более широком, не клинико-психопатологическом его контексте, но с учетом патопсихологической специфики.

В последнее время возрос интерес психиатров и психологов к проблеме психологического здоровья. В документах ВОЗ постулируется подход, согласно которому отсутствие психического расстройства не тождественно психическому здоровью. Последнее - не константа и рассматривается как проекция на непрерывный континуум жизни, последствий столкновения человека со стрессовыми воздействиями разной интенсивности и содержательного наполнения, обуславливающих, в том числе, и функциональные нарушения психики [1].

Констатация психологического здоровья предъявляет определенные требования к человеку: помимо разносторонней самореализации и личностного роста оно подразумевает способность справляться с жизненными стрессами [2]. Первостепенное значение имеют рефлекслируемая личностная идентичность в ее жизненной перспективе, развитое самосознание, адекватность оценок и целеполагания, критичность, гибкость поведения при сформированных механизмах саморегуляции. Эти критерии психологического здоровья существенны и для успешной реализации роли и функциональных обязанностей родителя. Неспособность нести ответственность за собственное благополучие в его широком понимании ставит под сомнение гарантии его ребенку. В отличие от клинически ориентированных классификаций выраженности психических нарушений в общей и педагогической психологии принято выделять три уровня психологического здоровья в соответствии с концепцией В.А. Ананьева [3]: креативный (гармоничное восприятие мира, созидательные установки, устойчивая социальная адаптация, высокий потенциал для преодоления стресса); адаптивный (тревожное отношение к миру, уровень адаптации достаточный, но потенциально ограничен); дезадаптивный (конфликт Я и мира, дисбаланс процессов ассимиляции и аккомодации при разрешении проблем и конфликтов). Варианты ассимилятивного (пассивное приспособление к обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям) и аккомодативного (активная наступательная позиция, стремление подчинить окружение своим потребностям) стилей совладания неконструктивны, характеризуются недостаточной критичностью, ригидностью, негибкостью поведенческих стереотипов, экстернальным локусом контроля.

Наиболее значимым, стержневым показателем психологического здоровья большинство авторов [4] считают способность рефлекслирующего индивида эффективно

преодолевать стресс, сохраняя личностную стабильность, адаптацию и социальное функционирование. Исследование этих составляющих принципиально важно для анализа и экспертной оценки потенциального, актуального и перспективного ресурса взрослых лиц для реализации ими родительской функции. В экспертных заключениях наряду с индивидуально-психологическими особенностями родителей психолог традиционно представляет их отношение к ребенку, специфику родительской позиции в целом и в условиях семейного спора, воспитательные стратегии, понимание потребностей ребенка. При решении экспертных задач специалистами анализируются сущность семейного конфликта, его механизмы и динамика, хотя они не являются предметом КСППЭ и не подлежат экспертной оценке, но последствия родительского противостояния опосредованно отражаются на детско-родительских отношениях.

Судом вопрос о психическом состоянии ребенка ставится максимально широко, родителей узко - клиническая диагностика. В связи с этим ресурс психологического здоровья отцов и матерей, как показатель их личностной состоятельности в условиях испытания его длительным стрессом, обсуждается в экспертных заключениях в части исследования индивидуально-психологических особенностей скорее как исключение, а не правило. Однако именно от уровня адаптации и психического благополучия родителя зависит не желаемый, а реальный процесс и результат воспитания. Как показывает экспертная практика, взрослые подэкспертные в парадигме концепции психологического здоровья редко могут быть оценены как креативные, наоборот, они часто обнаруживают признаки более низких его уровней: повышенную тревожность, неконструктивные и ригидные способы совладания.

Возможность последовательно реализовать свои функции, нести ответственность, правильно оценивать опыт, актуальное положение и реалистично прогнозировать будущее, доступность самокоррекции, децентрации играют существенную роль в благополучии ребенка, но отнюдь не всегда влияют на его мнение и желания. Так, известен феномен особой привязанности к ненадежному родителю с отрицанием его проблем (например, в отношении злоупотребляющей алкоголем матери или слабого, нуждающегося в поддержке отца). Нередко на выбор детей влияют меркантильные материальные факторы, низкий уровень требований, нарушение личных границ и смешение детско-родительских статусов. Поэтому эксперт должен сопоставлять оценки ребенка с реальной семейной диспозицией, мерой и особенностями деформации личности родителя вследствие воздействия стрессоров.

Невозможность нахождения баланса позиций и конструктивного компромисса с когда-то близким человеком, тенденция к искажению собственных воспоминаний в сторону актуального восприятия событий, несдержанность в эмоциях и высказываниях в присутствии детей, плохо рефлекслируемый эгоцентризм свидетельствуют о низких показателях

психологического здоровья родителя. А это существенная детерминанта семейного бытия: личность родителя является для ребенка и внешним условием, и внутренним образом формирования его психики и личности. Конфронтационные личностные смыслы, возникшие у отца и матери в условиях семейного конфликта, способствуют появлению (или нарастанию) у них враждебности, конкурентности, тревожности, мотивационной рассогласованности со сменой позиций терминальных и инструментальных ценностей, что влияет на их образ мира и передается ребенку, проявляясь в становлении у него недостаточного базового доверия к этому миру.

Экстраполяция критериев психологического здоровья на детско-родительские отношения подтверждает значимость его составляющих на разные аспекты воспитания. Так, гармония телесного и духовного, социума и внутреннего мира, принятие себя и других влияют на мировосприятие и мироотношение ребенка, его коммуникативную сферу. Рефлексия, самоидентичность, самопринятие, осознание границ важны для понимания взрослыми общих целей, индивидуальных потребностей и интересов ребенка, дифференциации их с собственными без надления его функциями своего атрибута. Стрессоустойчивость, адекватное соотношение тревожности и уверенности в себе, интернальный локус контроля наряду с другими качествами определяют не только чувство ответственности, но и возможность его реализации, последовательность, логичность, стабильность воспитательных установок и стратегий.

Таким образом, диагностика психологического здоровья родителя при КСППЭ по спорам о воспитании ребенка в условиях длительного стрессового воздействия семейного спора, провоцирующего психическое неблагополучие, позволит экспертно верифицировать наблюдаемую феноменологию без стигматизирующих последствий клинического диагноза, а также оценить адаптационные ресурсы, реалистичность и последовательность родительских установок.

Литература

1. Информационный бюллетень ВОЗ: Усиление мер в области охраны психического здоровья. 17 июня 2022 г., электронный ресурс: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Информационный бюллетень ВОЗ № 4, октябрь 2019 г, электронный ресурс: https://www.bsuir.by/m/12_100229_1_140072.pdf
3. Ананьев В.А. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с
4. Жесткова Н.А. Сущность и структура понятия «психологическое здоровье человека» // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып. 3. С. 384–392. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-3-384-392.

ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ВЗРОСЛЫХ РОДСТВЕННИКОВ С СОЗАВИСИМОСТЬЮ ИЗ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЕЙ

Сергеева А.В., Сергеева А.Ю.

ГАОУ ВО СПбГИПСР, Санкт-Петербург, Россия

alisaskar@mail.ru

Ключевые слова: аддиктивная идентичность, созависимая личность, дисфункциональная семья, психодиагностика аддиктивной идентичности.

FEATURES OF THE ADDICTED IDENTITY OF ADULT RELATIVES WITH CODEPENDENCY FROM DYSFUNCTIONAL FAMILIES

Sergeeva A.V., Sergeeva A.U.

FSAI HE SPbSIPCW, St. Petersburg, Russia

alisaskar@mail.ru

Keywords: the addicted identity, a codependent personality, dysfunctional families, the psychodiagnostics of addicted identity.

Введение. Актуальность психологической помощи взрослым людям с созависимостью, в семьях которых ближайшие родственники (родители, братья или сестры, супруги и другие члены семьи), имеют устойчивую алкогольную зависимость, обоснована масштабным ростом психологических явлений, приводящих к разрушению полноценной жизнедеятельности взрослого населения. Во многих научно-исследовательских публикациях феномен «созависимость» (аддикция отношений) рассматривается, прежде всего, как эмоциональная зависимость от значимого лица, и характеризуется повышенной сосредоточенностью на существующих отношениях с объектом зависимости. Созависимость, как правило, выражается в стремлении контролировать и брать на себя ответственность за его поведение, и в стремлении прожить жизненную ситуацию за значимого другого [2, 4, 5]. Анализ практико-ориентированных подходов в изучении созависимости позволил выявить актуальное и перспективное направление, недостаточно охваченное вниманием специалистов, это изучение особенностей аддиктивной идентичности у лиц с разной выраженностью созависимости, что может явиться необходимой основой для дальнейшей разработки программы психологической помощи и психокоррекции для данной группы. Существует необходимость в уточнении понятия «аддиктивная идентичность» и определения ее признакового пространства. Под аддиктивной идентичностью понимается сложный психологический

феномен, содержание которого заключается в наличии у личности «фрагментарного Я» и наличия стойкой эмоциональной фиксации на лицах, приверженных химическим или нехимическим зависимостям [2, 5]. Высокие значения по аддиктивной идентичности характеризуются системой признаков: невозможностью сформулировать персональную систему ценностей и целей, полная ориентация на значимого Другого, не завершённое психосоциальное самоопределение в разных сферах жизнедеятельности, спутанность в восприятии временных периодов и уход от реальности, яркое чувство выраженного психологического дискомфорта в отсутствии значимого другого.

Материал и методы. С целью проверки предположения о том, что группа родственников из дисфункциональных семей (семьи с алкогольно-зависимыми лицами), у которых выявлен высокий уровень созависимости, характеризуются наличием выраженной аддиктивной идентичности и спецификой смысложизненных ориентаций было проведено эмпирическое исследование на базе благотворительной общественной организации г. Санкт-Петербурга, в социальной интернет-группе «Помощь семьям нарко-и алкозависимым лицам», в котором принимали участие 45 взрослых (участники этой группы). Все респонденты были распределены на три подгруппы: 1) родители с высоким уровнем созависимости, у которых сыновья и дочери являются алкогольно-зависимыми; 2) взрослые дети алкоголиков, ВДА (наличие алкогольно-зависимых родителей); 3) супруги или один из супругов с созависимостью, у которых один из них является алкогольно-зависимым. В табл. 1-2 представлены результаты диагностики по методикам Тест на созависимость (Д. Уайнхолд и Б. Уайнхолд), «Шкала измерения созависимости в отношениях» (Спенн-Фишер, адаптация В. Д. Москаленко) и Методика диагностики аддиктивной идентичности (Н. В. Дмитриева и др.).

Таблица 1.

Эмпирические данные для исследуемых групп созависимых родственников по методикам «Тест на созависимость» Д. Уайнхолд и Б. Уайнхолд и «Шкала созависимости» Спенн-Фишер, N=45

Показатели методик	Мср, Родители N=14	Мср, ВДА N= 16	Мср,Супруги N=15	Нормативы
Уровень созависимости по Уайнхолдам	44,0	49,9	50,2*	40-59 баллов (высокая степень)
Уровень созависимости по Спенн-Фишеру	49,1	54,0	57,1*	42-69 баллов (высокий уровень)

Примечание: 1) знак * - обозначает значимые данные; 2) сокращение ВДА — принятая

аббревиатура, взрослые дети алкоголиков

На основе сравнительного анализа эмпирических результатов по шкале «Общий уровень созависимости» (тест Д. Уайнхолда и Б. Уайнхолда и шкале Спенн-Фишера) по U-критерию Манна Уитни были получены значимые различия на $p \leq 0,05$ уровне между группами респондентов «Родители с созависимостью» и «Супруги с созависимостью». Таким образом, более высокий уровень созависимости наблюдается у жен, мужья которых являются алкогольно-зависимыми людьми и временной период появления этих признаков более интенсивный, чем в группе «созависимых родителей». Для поиска объяснения этих данных рассмотрим основные положения, представленные в актуальных публикациях [1, 2, 3]. Авторы отмечают, что созависимость формируется в детстве и как правило в дисфункциональной семье, где существуют определенные условия воспитания. К ним относятся семьи, в которых: 1) один или несколько членов семьи имеют зависимость химическую или нехимическую; 2) семьи, в которых присутствуют постоянная напряженность и невозможность наладить отношения между членами семьи (так называемые эмоционально-репрессивные семьи); 3) семьи, в которых родители заняты на руководящих должностях в силовых структурах или род деятельности родителей относится к помогающим профессиям (учитель, психолог, врач и другие); 4) семьи, в которых существуют тяжелобольные члены семьи; 5) неполные семьи [1, 3, 4].

В таб. 2 представлены эмпирические данные, полученные на основе диагностики по методике «Аддиктивная идентичность» для всех изучаемых групп.

Таблица 2.

Эмпирические данные по аддиктивной идентичности для исследуемых групп созависимых родственников по методике «Аддиктивная идентичность», N=45

Показатели методик	Мср, Родители, N=14	Мср, ВДА, N= 16	Мср, Супруги N=15	Нормативы
Уровень аддиктивной идентичности	312,3	332,3	336,7*	209-312 баллов (средний уровень)

Примечание: знак* - обозначает значимые данные

Сравнительный анализ эмпирических результатов по шкале «аддиктивная идентичность» на основе U-критерия Манна Уитни позволил выявить значимые различия на $p \leq 0,05$ уровне между группами респондентов «созависимые родители» и «созависимые супруги». Таким образом, более высокий уровень аддиктивной идентичности наблюдается в системе супружеских отношений. Известно, что семьи с аддиктивными родителями

оказывают влияние на будущие поколения своих детей, определяя их выбор жизненного пути, где существует два направления – это либо уход в аддикции, либо, забота об аддиктах [4].

Заключение. Таким образом, можно предположить, что у супругов с аддикцией отношений (т.е. созависимостью) «размывается» личностная идентичность, искажается восприятие и принятие своей жизни как высшей ценности, один из супругов готов жить интересами и нуждами своего ближайшего окружения. В этой связи встает важная практическая задача - разработка программ психологической помощи по выходу взрослых родственников из созависимости на основе учета психологической специфики аддиктивной идентичности, трансформация персональной системы ценностей и целей, построение своих психологических границ и снижение психологического территориализма, осуществление выбора психосоциального самоопределения в разных сферах жизнедеятельности.

Литература

1. Гончарова М. В. Коррекция созависимого состояния женщин, имеющих мужей с алкогольной зависимостью / М. В. Гончарова // Наука 21 века: вопросы, гипотезы, ответы. – 2022. - № 2(42). – С 20-30.
2. Дмитриева Н.В. Аддиктивная идентичность виртуально зависимой личности [Текст] : монография / Н. В. Дмитриева, О. В. Дубровина - Ишим, Тюменская обл. : Изд-во Ишимского гос. пед. ин-та им. П. П. Ершова, 2010. - 198 с.
3. Коленова А. С. Ценностно-смысловые характеристики как предикторы созависимого поведения женщин, проживающих с наркозависимым партнером / А. С. Коленова, Д. А. Гурцкой // Российский психологический журнал. – 2019. №2. – С. 43-62.
4. Москаленко В. Зависимость. Семейная болезнь. / В. Москаленко, М.: Институт консультирования и системных решений, 2014.
5. Сергеева А.В. Переживание ревности и созависимые отношения в молодежной среде: православный взгляд на проблему // XI Сретенская научно-практическая конференция «Психея и Пневма»/ Сборник докладов, СПб.: Изд-во РХГА, 2017, С 119-129.

О ТРАВМАТИЧЕСКОМ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С НОРМАТИВНЫМ РАЗВИТИЕМ

Тихонова И.В.

ФГБОУ ВО КГУ, Кострома, Россия

inn.007@mail.ru

Ключевые слова: родитель, родительский стресс, травматический и посттравматический родительский стресс.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-28-00678, <https://rscf.ru/project/22-28-00678>.

ABOUT TRAUMATIC AND POST-TRAUMATIC STRESS OF PARENTS OF CHILDREN WITH NORMATIVE DEVELOPMENT

Tikhonova I.V.

FSBI HE KSU, Kostroma, Russia

inn.007@mail.ru

Keywords: parent, parental stress, traumatic and post-traumatic parental stress.

The research was carried out at the expense of the grant of the Russian Science Foundation N. 22-28-00678, <https://rscf.ru/en/project/22-28-00678/>.

Введение. Изучение травматического стресса в психологии, как правило, связано с исследованием воздействий стрессоров, разрушающих чувство безопасности человека и вызывающих переживания, выходящие за пределы обычных состояний. Они могут иметь последствия для физического и психического здоровья, то есть приводить к посттравматическому стрессу. Научные исследования травматического и посттравматического стресса долгое время были посвящены изучению последствий участия в боевых действиях, вовлечения в ЧС, катастрофы, теракты, длительного проживания людей в ситуации ведения военных действий и др. В настоящий момент фокус исследования травматического стресса смещается на изучение не экстремальных, но субъективно интенсивных стрессоров: эмоционального насилия, оскорбления или пренебрежения (Н. Е. Харламенва, Иванова М.В., Тарасенко Н.М.), угрожающего жизни заболевания (Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова, Д. А. Никитина, Воронцов С.А., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Толкачёва О.Н.), влияние травм детского возраста на взрослую жизнь (Роговой Н.А., Дерманская Н.Ю., Петрова Е.А.) и др. Доказано, что ряд распространенных событий, встречающихся в жизни почти каждого взрослого человека, но становящихся субъективно травматическими, могут приводить к отсроченной реакции в виде посттравматического стресса, а «безопасность человека определяется не только наличием/ отсутствием тех или иных угроз, но и уязвимостью человека в отношении их» [2, с. 43]. Родительский стресс является распространенным явлением, которое может переживать любой родитель [3]. Изучение дезадаптивных вариантов родительского стресса происходило в контексте рассмотрения феномена родительского выгорания (Lebert-Charron A. et al., Фадеева Т. Ю.), родительского дистресса как состояния родителей при наличии угрожающих жизни ребенка заболеваний (Duchovic S. A. et al., Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н.). Травматический и посттравматический стресс родителей становился предметом изучения в психологии лишь в отношении семей с ребёнком с физическими или психическими заболеваниями, приемных

детей (Дан М. В., Тарабрина Н. В., Майн Н. В., Pinguart M.). При этом констатация индивидуальной уязвимости в отношении потери чувства безопасности личности подводит к предположению о наличии субъективной травматичности ряда закономерных событий родительской жизни, необходимости ответа на вопросы: «Какие события могут выступать в качестве травмы для родителей и могут ли эти события формировать отсроченный вариант реагирования в виде посттравматического стресса?».

Материалы и методы. Проведено исследование, в котором приняли участие 125 родителей ($M=38,77$; $SD=7,31$): 27 мужчин в возрасте от 34 до 52 ($M=43,45$; $SD=7,3$); 98 женщин в возрасте от 25 до 53 лет ($M=36,94$; $SD=6,07$) имеющих 1-3 детей ($M=1,70$, $SD=0,65$). Их них 1 ребенок был у 50 респондентов, 2 ребенка у 60, 3 ребенка у 15 человек. Старший (или единственный) ребенок в возрасте от 0 до 3 лет был у 11 респондентов, от 4 до 6 лет у 28, от 7 до 11 лет у 23, от 12-15 лет у 20, от 16 до 20 лет у 20, старше 20 лет у 23 человек. Дети не имели хронических заболеваний, ОВЗ, инвалидности. В исследовании использовался метод полуструктурированного интервью, изучающего травматические стрессовые события родительской жизни в разные периоды развития ребенка (в том числе ретроспективно), включающий использование приема «стресс-термометра», разработанный перечень родительских трудностей и психосоматических индикаторов травматического и посттравматического стресса. Применялась «Шкала оценки влияния травматического события» (Weiss, Marmar, Metzler, 1995) в адаптации Н.В. Тарабриной [1]. Для анализа высказываний использовался метод контент-анализа, подсчет дескриптивной статистики.

Результаты и их обсуждение. Исследование феноменологии травматического родительского стресса «нормотипичных» родителей показало, что больше всего стрессовых событий высокой интенсивности родители описывают в периоды развития до школы. Так 44,8% респондентов назвали события, произошедшие в возрасте детей до 3-х лет в качестве травматических, и 33,3% респондентов выделили таковые в возрасте детей до 7 лет. В дальнейшие периоды жизни ребенка их количество снижается, и даже в подростковом возрасте всего 27 % опрошенных респондентов указывали на переживание интенсивного стресса. В качестве травматических родителями воспринимаются ситуации, связанные с ребенком: нарушение его здоровья, травмы, операции, и угрозы таковых (падение, колики, «подавился» и пр.). Преобладающими травматическими стрессовыми событиями являются эмоциональные и поведенческие реакции ребенка, нестандартные для родителя («убежал», «потерялся», «переживал», «постоянно плакал»). Травматические стрессоры события родительской жизни имеют возрастную обусловленную специфику, в них отражаются связанные с особенностями возрастного периода ребенка стрессоры (неуспеваемость, употребление алкоголя, сдача ЕГЭ и пр.). Были выделены травмы родительской жизни,

связанные с самим родителем, респонденты относили к ним не столько реальные факты своей личной жизни (например, проблемы с работой), но чаще события внутреннего мира – эмоции, состояния («мои переживания о будущем», «одиночество», «тревога»). Интенсивный стресс родителей может возникать и как реакция на стрессовые события, происходящие в семейной системе, к ним относили развод, измену, взаимоотношения в семье, том числе, например, вмешательство прародителей в воспитание детей. Подобные результаты отмечены в работах Price, Christine & Bush, Kevin & Price, Sharon & Eds., (2016). Выявлено, что эмоциональные симптомы в картине интенсивного родительского стресса являются преобладающими во все возрастные периоды (растерянность, страх, тревога), некоторые родители указывают на проявления психических симптомов (снижение концентрации, настроения, влечений). В общей выборке родителей, отмечающих наличие в их жизни травматического стресса, была выделена подгруппа (n=49), которая отметила длительность переживания симптомов более 6 месяцев. Это является отсроченной реакцией на травмирующую ситуацию и может расцениваться как посттравматический стресс. Среди травматических событий, вызвавших посттравматический стресс, наибольшую представленность имеют ситуации, связанные с ребенком (n=32): травма, угроза смерти ребенка («проглотил таблетки, потерял сознание, остановки дыхания, сложная операция»), нарушения в развитии у ребенка («возможное заикание, запинки в речи у ребенка, проблемы со слухом»), проблемы со здоровьем у ребенка («длительные бронхиты, аллергии, подозрение на синдромальное нарушение»), потеря ребенка/ убежал, сдача ЕГЭ («сдал очень плохо»), поведение ребенка в подростковом возрасте, служба в армии и др. Интересным является то, что 48% всех ситуаций, вызвавших посттравматический стресс приходится на возраст до 7 лет. Результаты оценки влияния травматического события (по методике ШОВТС) выявили у респондентов выраженные признаки симптомов ПТСР «вторжение» $M = 12,67$, при $m=10,30$ в совокупной выборке (по Н.В. Тарабриной) и «физиологическая возбудимость» ($M = 9,92$, при $M = 7,77$ в совокупной выборке (по Н.В. Тарабриной)).

Заключение. Результаты исследования показали, что в качестве травматических ситуаций родителями нормотипичных детей воспринимаются как события, связанные с нарушением здоровья, травмами, так же и угроза таковых. Травматическими стрессовыми событиями являются эмоциональные и поведенческие реакции ребенка, нестандартные для родителя. Травматические стрессоры-события имеют возрастную обусловленность специфику. Актуализируя стрессовые события родительской жизни, респонденты относили к ним не только жизненные реальные факты, но и события внутреннего мира – эмоции, состояния. Вероятно, в качестве стрессовых событий субъективно могут выступать и неординарные эмоциональные переживания. Наибольшей «травмирующей силой» обладают события

родительской жизни, которые происходили в дошкольные периоды развития ребенка. Эти события могут приводить и к отсроченному реагированию в виде симптомов посттравматического стресса: навязчивых мыслей, чувств, воспоминаний, а также повышенной возбудимости. Полученные результаты отражают обобщенные тенденции, будут являться основанием для дальнейшего научного поиска.

Литература

1. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
2. Харламенкова Н.Е. Интенсивность посттравматического стресса как отсроченной реакции на травматические события в разные периоды взрослости. Человек. Сообщество. Управление. 2016. Т. 17. № 1. С. 42-56.
3. Deater-Deckard, K. Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice* – 1998 – № 5. – pp. 314-332.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Трушкина С.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

trushkinasv@gmail.com

Ключевые слова: семья «особого» ребенка, стресс-факторы, социальная реабилитация, реабилитационный потенциал.

MENTAL HEALTH AND EMOTIONAL WELL-BEING IN FAMILY MEMBERS OF MENTALLY ILL CHILDREN

TrushkinaS.V.

FSBSI MHRC Moscow, Russia

trushkinasv@gmail.com

Keywords: family of a "special" child, stress factors, social rehabilitation, rehabilitation potential.

Введение. Появление в семье психически нездорового ребенка практически всегда является стрессогенным, а в части случаев - психотравмирующим событием для ее членов. Внутрисемейное функционирование подвергается высокому риску возникновения серьезных отклонений, вплоть до проявлений девиантного поведения у родителя или другого члена семьи. Высокий рост распространенности нарушений психического здоровья у детей в последние десятилетия придает данной проблеме особую остроту и актуальность.

Комплекс внешне определяемых признаков семейного неблагополучия, возникающий

при тяжелом заболевании одного из ее членов, хорошо известен медицинским психологам, врачам и социальным работникам, и обозначается ими термином «бремя болезни». Он включает в себя целый спектр жизненных ограничений для здоровых членов семьи, связанных с физическими и эмоциональными перегрузками, финансовыми затруднениями, вынужденным отказом от карьеры или профессии, сужением жизненных перспектив, уменьшением времени для досуга, отдыха и собственного развития и т.д. Однако термин «бремя болезни» не определяет полностью проблемного поля семьи с психически больным ребенком. Помимо перечисленных внешних проявлений проблему функционирования «особой» семьи необходимо рассматривать с точки зрения эмоциональных, мотивационных, перцептивных, коммуникационных, психопатологических, ресурсных и других аспектов.

У родителей психически больных детей выявляется широкий круг эмоциональных проблем. К ним относятся длительное и интенсивное переживание чувств вины, гнева, стыда, горя, разочарования, страха перед будущим. Часто отмечается болезненное ощущение потери бывшего благополучия, социального статуса семьи, жизненных планов и надежд для себя и ребенка. Не редкость - возникновение враждебности к другим членам семьи, к специалистам или больному ребенку, как источнику всех бед. Значительный вклад в утяжеление эмоциональной обстановки вносит непредсказуемость жизни семьи, ее зависимость от колебаний состояния ребенка с нарушениями психического здоровья, от улучшений в период ремиссии к вновь повторяющимся обострениям и появлению проблемного поведения. Особой трудностью в клинко-психологической работе с членами «особых» семей выступает наличие у них ригидных психологических образований, в частности, психологических защит – вытеснения, рационализации и др.

Как одно из последствий выявления психического заболевания у ребенка выступает кризис мотивации родительской деятельности у матерей и отцов. Как правило, родитель надолго утрачивает те представления о будущем своего ребенка, которые ранее служили ему образом желаемого результата родительских усилий и мотивировали на них. Восприятие ребенка и его болезни также претерпевают изменения. В частности, специалисты отмечают склонность членов семьи больного ребенка в субъективных оценках утяжелять или, наоборот, облегчать (вплоть до полного отрицания) выраженность психиатрической симптоматики у него. Это напрямую влияет на вероятность их обращения за психиатрической помощью для ребенка, на их ожидания от лечения и готовность к терапевтическому комплаенсу.

Наличие нарушений психического здоровья у ребенка, как выраженных, так и пограничного уровня, может поставить под удар адекватность родительского отношения и внутрисемейной коммуникации. Адаптируясь к ситуации, родитель нередко изменяет свое отношение к ребенку и начинает придерживаться новых стратегий в родительском поведении.

Как два полюса континуума отношений выступают, с одной стороны, свехопека и свехвовлеченность родителя в ситуацию болезни ребенка, и с другой стороны, эмоциональное и физическое отстранение от него, смирение с недостатком или отсутствием прогресса в развитии. Высокая тревога родителя и его искаженные представления о заболевании могут стать причиной возникновения агрессивно-защитных форм поведения в его взаимодействии с лечащим врачом ребенка и другими специалистами. В этом нередко кроется причина негативизма, недоверия или конфликтности членов семьи больного ребенка.

Таким образом, родитель психически больного ребенка подвержен воздействию высокой стрессовой нагрузки, что, вероятно, негативно сказывается на состоянии его собственного психического здоровья, на уровень его активности, на возможности саморегуляции и коммуникации.

Материал и методы. В исследовании приняли участие матери, имеющие детей с выставленными психиатрическими диагнозами. Возраст матерей 36-50 лет, за психиатрической помощью для себя ни одна не обращалась. Их дети: возраст 6 - 17 лет, 69% мальчики и 31% девочки, диагнозы - РАС, задержка психо-речевого развития, депрессия, шизофрения и др.

Методика: 1. «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» SCL-90-R (в адаптации Н.В. Тарабриной); 2. разработанная специально для целей исследования «Анкета родителя особенного ребенка». «Анкета родителя...» содержала вопросы, касающиеся субъективного восприятия матерью ситуации заболевания и лечения ребенка; оценки ею уровня стрессовой нагрузки на нее и семью в целом, а также включала в себя 10 неоконченных предложений, стимулирующих испытуемую более подробно описать обстоятельства ее жизни и особенности эмоциональных переживаний: «Из-за того, что происходит с моим ребенком, я чувствую...»; «Я считаю (или: Я не считаю), что мой ребенок болен, потому что...»; «Я решил(а) обратиться за помощью к специалистам, потому что наша семья...» и т.п.

Результаты. Количественные результаты. По методике SCL-90-R средний по выборке показатель индекса тяжести психопатологической симптоматики имел значение, равное 0,91, что значимо превышает среднестатистическую популяционную норму и приближается к значениям для групп пациентов с диагностированным ПТСР (Тарабрина Н.В., 2001). Наиболее высокие показатели индекса отмечались по шкалам (в порядке убывания) «Депрессия», «Соматизация», «Обсессивно-компульсивное расстройство», «Межличностная сензитивность», «Тревожность».

Оценка субъективного восприятия интенсивности стрессовой нагрузки на себя и семью: 63% испытуемых – «высокая», 31 % - «повышенная», 6% - «очень высокая». Значение «низкая» не давалось испытуемыми ни в одном случае. Особенности эмоционального

состояния матерей: 75% испытуемых – интенсивное переживание чувства вины, 56% - беспомощности, 44% - страха за будущее ребенка.

Семейное функционирование: уход отца ребенка из семьи имел место в 75% случаев; отсутствие сплоченности семьи и существование серьезных разногласий по поводу болезни ребенка отметили 38% испытуемых.

Качественные результаты. Во многих анкетах матери отмечали у себя состояния крайней усталости и раздражительности, постоянной тревоги и напряжения, а также неспособность управлять своими эмоциями, частые семейные конфликты, нездоровую атмосферу в семье, ухудшение условий жизни и развития других детей в семье. Упоминался также алкоголизм одного из родителей, прямые обвинения в адрес матери в рождении больного ребенка со стороны членов семьи, сожаление матери о рождении ребенка и суицидальные мысли. Отношение матери к психическому заболеванию у ребенка чаще выглядело как амбивалентное и характеризовалось неопределенностью, незавершенностью и противоречивостью оценок и мнений. Твердо признавали наличие психического заболевания у своего ребенка примерно четверть испытуемых (при том, что все дети получали лечение у психиатра). Отношение к медикаментозному лечению ребенка, как правило, было положительным.

Отношение к состоянию собственного психического здоровья отличалось противоречивостью. Признавая явное неблагополучие собственного психоэмоционального состояния, в большинстве случаев матери отвергали возможность помощи для себя.

Таким образом, высокий уровень кумулятивной стрессовой нагрузки на родителя психически больного ребенка негативно влияет на состояние его собственного психического здоровья. Исследование показало, что факт психического заболевания у ребенка и обусловленные им физические и эмоциональные перегрузки родителя, его тяжелые эмоциональные переживания и нарушения функционирования семьи выступают высоко значимыми стресс-факторами для родителя и других членов семьи ребенка. Действуя длительное время они существенно снижают уровень психического здоровья самого родителя, что подтверждается степенью выраженности психопатологической симптоматики, превышающей средние популяционные значения.

Заключение. Таким образом, выявлен целый ряд факторов, негативно влияющих на состояние психического здоровья и психологического благополучия у матерей, имеющих детей с психическими нарушениями. Среди них: высокая степень подверженности стрессу, переживаемому в связи с развитием психического заболевания у ребенка; постоянное проживание вместе с ним; хронически нестабильная эмоциональная обстановка в семье; потеря ощущения привычного контроля над своей жизнью; неопределенность будущего;

стигматизация семей психически больных в обществе.

Эти явления снижают реабилитационный потенциал родителя и семьи, на который специалист рассчитывает опереться в лечебном процессе. Это ставит задачу реабилитации самого родителя ребенка с нарушениями психического здоровья. В связи с этим семья больного ребенка должна рассматриваться не только как субъект лечебного и реабилитационного процесса, но и как его объект.

Однако на практике психиатрическая помощь и психологическая поддержка членам «особых» семей в программах лечебно-реабилитационных мероприятий для ребенка предусматриваются редко. В большинстве случаев нарушения психического здоровья у членов семей остаются нераспознанными и не лечеными. Фактор системности внутрисемейных взаимовлияний при разработке реабилитационных программ для ребенка, как правило, не учитывается. Представляется, что работа с членами семьи должна быть включена самостоятельным разделом в реабилитационную программу для ребенка с психическими нарушениями. Оказание помощи родителю и выстраивание с ним отношений партнерства являются основными способами повысить реабилитационный потенциал семьи и, таким образом, обеспечить более высокую эффективность помощи ребенку.

Литература

1. Бебчук М.А., Щедринская О.М. Семья ребенка с нарушениями в психическом здоровье и/или в развитии: задачи, принципы и мишени консультативной и психотерапевтической помощи // Вестник психотерапии. - 2014. - № 51 (56). - С. 80-94.
2. Петрова Н.Н., Шатиль М.М. Непсихотическая депрессия и социальное бремя болезни // Неврологический вестник. - 2021. - Т. 53. № 2. - С. 26-33.
3. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
4. Трушкина С.В. Смена стереотипов родительско-детского взаимодействия и психическое здоровье детей раннего возраста. - В сборнике: Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований. Материалы международной научно-практической конференции. - 2020. - С. 520-522.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИМБИОТИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Шишкова А.М.¹, Бочаров В.В.^{1,2}, Фурсова Е.С.¹, Вукс Д.О.¹, Шова Н.И.¹, Михайлов В.А.¹

¹ ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

shishaspb@mail.ru

Ключевые слова: родственники, опекающие хронически больных, эпилепсия,

симбиотические тенденции, психологический дистресс, психопатологическая симптоматика.

INTERRELATIONSHIP OF SYMBIOTIC TENDENCIES WITH SEVERITY OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN RELATIVES CARING FOR PATIENTS WITH EPILEPSY

Shishkova A.M.¹, Bocharov V.V.^{1,2}, Fursova E.S.¹, Vuks D.O.¹, Shova N.I.¹, Mikhailov
V.A.¹

¹ FSBI V.M. Bekhterev NRMС PN, St. Petersburg, Russia

² FSBI HE SPbSPMU, St.Petersburg, Russia

shishaspb@mail.ru

Keywords: informal caregivers of chronically ill patients, epilepsy, symbiotic tendencies, psychological distress, psychopathological symptoms.

Введение. Наличие хронического, требующего длительного лечения, заболевания у одного из членов семьи является психотравмирующим фактором, оказывает выраженное стрессовое воздействие на его близких и существенно трансформирует их личностное и семейное функционирование. Сокращение межличностной дистанции между опекающим родственником и хронически больным, вероятно, является естественной реакцией в ответ на утрату или снижение способности болеющего справляться со своими повседневными обязанностями и отражает базовую потребность в заботе о близком. В то же время чрезмерная вовлеченность в жизнь больного родственника, достигающая уровня симбиотичности, носит деструктивный характер и препятствует нормальному личностному и семейному функционированию. В связи с этим важным представляется изучение тенденций, отражающих сокращение межличностной дистанции в отношениях «опекающий родственник – хронически больной», а также взаимосвязи этих тенденций с выраженностью психологического дистресса у родственника в ситуации хронической болезни близкого.

Целью данного исследования являлось изучение взаимосвязи симбиотических тенденция и выраженности жалоб на психопатологическую симптоматику у родственников, опекающих больных эпилепсией.

Материал и методы. В исследовании приняли 33 родственника (родители и супруги) пациентов, находящихся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» в связи с эпилепсией (G40) и органическими расстройствами (F06.41). Средний возраст обследованных родственников составил 47,82 (SD=10,4) лет, средний возраст больных - 28,22 (SD=9,08) лет. Срок заболевания в среднем составил 17,89 (SD=10,15) лет. Постановка

диагноза больным осуществлялась экспертами – врачами-психиатрами по (МКБ 10). Для изучения выраженности психопатологических проявлений и оценки интенсивности испытываемого дистресса применялся Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) в адаптации Н.В. Тарабриной [1]. Для определения выраженности симбиотических тенденций во взаимоотношениях родственника и опекаемого им больного использовалась анкета «Межличностная дистанция» (МД) [2]. Анкета позволяет объективировать 5 наиболее важных тенденций, отражающих сокращение межличностной дистанции во взаимодействии «опекающий родственник – больной», а также противоположных им особенностей, говорящих о стремлении опекающего к личностной автономии в отношениях с больным. В качестве таких полярных тенденций выступают: «интервенция/вторжение» – «дистанцирование»; «невозможность сказать нет/жертвенность» – «конструктивное «Я-отграничение»; «слияние» – «независимость»; «неодобрение других отношений/страх сепарации» – «отсутствие страха потери отношений/свобода отношений»; «директивы» – «свобода действий». Утверждения, отражающие вышеописанные тенденции, образуют одноименные шкалы. Для учета социально-демографических и клинических характеристик на каждого обследуемого заполнялась клиническая карта. Обработка данных осуществлялась при помощи статистического пакета SPSS V. 21. В качестве меры связи использовался коэффициент корреляций Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Изучение взаимосвязей выраженности психопатологической симптоматики (показатели методики SCL-90-R) и симбиотических тенденций во взаимоотношениях с больным (показатели анкеты МД) позволил выявить наличие множественных разнонаправленных корреляций между изучаемыми параметрами. Наиболее количество взаимосвязей показателей симптоматических шкал и индексов SCL-90-R выявляется с субшкалами «Страх сепарации» и «Свобода отношений» (анкета МД). Так, например, показатель по шкале «Страх сепарации» имеет положительные корреляционные связи с показателями «Обсессивность-компульсивность (О-С), «Депрессия» (DEP), общим индексом тяжести симптомов (GSI), общим числом утвердительных ответов (PST) и индексом наличного симптоматического дистресса (PDSI) при $p < 0,05$. В то же время показатель «Свобода отношений» отрицательно коррелирует с показателями вышеупомянутых шкал SCL-90-R, а также шкалой «Паранойяльные тенденции» (PAR), индексом GSI и показателем PST при $p < 0,05$. Отрицательные связи обсессивно-компульсивной симптоматики и межличностной сензитивности (INT) выявляются также со шкалой «Дистанцирование».

Таким образом, для опекающих близких, испытывающих трудности (беспокойство, тревога о безопасности больного, ощущение того, что никто кроме опекающего не сможет

позаботиться о больном должным образом) даже при временной сепарации с больным, характерными являются: усиление проявлений различных навязчивостей (как в когнитивной сфере, так и на поведенческом уровне); утяжеление депрессивных переживаний; полиморфность переживаемой симптоматики и увеличение глубины дистресса в ситуации болезни близкого. При этом наличие большей свободы в отношениях с близким, больным эпилепсией, отсутствие часто неосознаваемого стремления брать на себя всю ответственность за его благополучие и отгораживать его от отношений с другими людьми связано со снижением переживания страхов и навязчивостей, общей выраженности симптоматического дистресса у опекающих родственников.

Особое внимание следует обратить на отрицательную корреляционную связь показателя шкалы «Жертвенность» со шкалой «Межличностная сензитивность» (INT) при $p < 0,05$. По-видимому, чувство беспокойства и нежелание вступать в конфликтные отношения в процессе межличностного взаимодействия с больным компенсируется тенденцией опекающих родственников пренебрегать собственными потребностями ради удовлетворения потребностей больного. Такой способ совладания в межличностных ситуациях, связанных с необходимостью отстаивать свои интересы и отграничивать притязания других людей, хотя и представляется контрпродуктивным, однако, выполняет защитную функцию и снижает стрессовое напряжение в ситуации хронической болезни близкого.

Заключение. Выявленные взаимосвязи симбиотических тенденций с выраженностью психопатологической симптоматики у родственников пациентов с эпилепсией позволяют говорить о необходимости учета этих параметров при разработке специализированных мероприятий для данного контингента. В частности, пристального внимания специалистов требуют страх сепарации и снижение способности к регуляции близости и дистанции в отношениях с больным.

Литература

1. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер. 2001. 272 с.
2. Шишкова, А. М. Изменение межличностной дистанции как потенциально патологизирующая тенденция во взаимодействии родственников с больными аддикцией / А. М. Шишкова, В. В. Бочаров // Вопросы наркологии. – 2018. – № 5(165). – С. 117-120.

РАЗДЕЛ 6. ВОЗРАСТНАЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

ПРОБЛЕМА ОРГАНИЗАЦИИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)

Калантарова М.В.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

² ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

kalantarovamv@mgppu.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, острые нарушения мозгового кровообращения, инсульт.

THE PROBLEM OF ORGANIZING NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN THE DEPARTMENT FOR PATIENTS WITH STROKE

Kalantarova M.V.^{1,2}

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

² Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

Keywords: neuropsychological diagnostics, stroke.

Согласно приказу Министерства Здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1740 н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга» в отделении для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) консультация медицинского психолога проводится всем пациентам. Рассмотрим важные аспекты работы медицинского психолога-нейропсихолога, работающего с пациентами с ОНМК. Во-первых, необходимо выявить пациентов, нуждающихся в ранней нейропсихологической реабилитации. В эту группу попадают пациенты с нарушениями познавательных и/или эмоционально-волевых процессов, обусловленных очаговым поражением головного мозга (ОПГМ), а также в случае, когда ОНМК послужило фактором декомпенсации и нарушений психических функций, сформированных в преморбидном периоде. В структуре нейрокогнитивного дефекта пациента важно выявить нарушения, не обусловленные настоящим ОПГМ (например, возрастные изменения когнитивных функций), т.к. они могут требовать иных подходов к их преодолению. Помимо этого, в помощи медицинского психолога заинтересованы пациенты с выраженной эмоциональной реакцией