

На правах рукописи

Буслаева Анна Сергеевна

**ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ**

19.00.13- Психология развития, акмеология (психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва – 2020

Работа выполнена на кафедре возрастной психологии
имени профессора Л. Ф. Обуховой
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет»

Научный руководитель: доктор психологических наук,
Венгер Александр Леонидович

Официальные оппоненты: **Карабанова Ольга Александровна**,
доктор психологических наук, профессор,
заведующий кафедрой возрастной
психологии факультета психологии
ФГБОУ ВО МГУ имени М. В. Ломоносова

Лифинцева Алла Александровна,
доктор психологических наук, профессор
Института гуманитарных наук ФГАОУ
ВО «Балтийского федерального
университета им. И. Канта»

Ведущая организация: **ФГБНУ «Институт коррекционной
педагогики Российской академии
образования»**

Защита состоится 24 декабря 2020 года в 12 часов на заседании
диссертационного совета Д-850.013.03, созданного на базе Московского
государственного психолого-педагогического университета, по адресу:
127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29, ауд. 414.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского
государственного психолого-педагогического университета и на сайте
МГППУ <http://мгппу.рф/>.

Автореферат разослан «___» ноября 2020 года

Ученый секретарь
диссертационного совета

И.Ю. Кулагина

Общая характеристика работы

Актуальность исследования

Ревматические болезни широко распространены среди детей и подростков. В России выявлено более 50 тысяч больных, и частота случаев заболевания возрастает от года к году. Эти болезни характеризуются хроническим течением и, как правило, приводят к длительным госпитализациям и инвалидизации. Поэтому они часто служат источником социальной дезадаптации (Ю.С. Джос, Д.Н. Исаев, J.J. Calabro, L.H. Daltroy, J.A. Ungerer) и различных отклонений в развитии личности ребенка: его самосознания, мотивационной сферы и т.п. (И.И. Мамайчук, И.К. Шац, M. Ferwerda, W. Stiers).

Хроническая болезнь негативно влияет не только на ребенка, но и на его ближайшее окружение. Ухудшается эмоциональное состояние членов семьи, сужается круг социальных контактов, нарушаются супружеские, сиблинговые и детско-родительские отношения (В.В. Николаева, Н.Ю. Федунина, И.К. Шац, J. Barlow, M.J. Brace, R.G.Frank, C. A.Gerhardt). Искажается социальная ситуация развития ребенка, что приводит к нарушениям в развитии его личности.

В последние годы разработаны разнообразные методики психотерапевтической работы с семьями, коррекции отклонений в психическом развитии ребенка (М.Г. Киселева, Е.И. Моисеенко, Н.Ю. Федунина, И.К. Шац, K.Mussatto, W.Stiers). Вместе с тем, в литературе отсутствуют данные о специфике психологических проблем детей с ревматическими болезнями в зависимости от тяжести состояния. Недостаточно изучены особенности воспитательной установки родителей больного ребенка.

Цель исследования – выявить личностные особенности детей и подростков, страдающих ревматическими болезнями.

Объект – личностные особенности детей и подростков с ревматическими заболеваниями.

Предмет – связь личностных особенностей ребенка, страдающего ревматическим заболеванием, с его физическим состоянием и специфической социальной ситуацией развития, обусловленной болезнью.

Общая гипотеза исследования

У детей и подростков с ревматическими болезнями имеются личностные особенности, отличающие их от здоровых сверстников. Они определяются как физическим состоянием, так и спецификой социальной ситуации развития больного ребенка.

Частные гипотезы

1. Непосредственное влияние (первичное) хронического заболевания на личностные особенности детей и подростков, определяемое физическим состоянием (боль, лихорадка, астенизация, скованность движений и др.), зависит от тяжести течения болезни.
2. Имеется также опосредованное влияние (вторичное), которое определяется спецификой социальной ситуации развития болеющего ребенка: его отношением к себе и своей болезни (субъективный аспект социальной ситуации развития), а также воспитательной установкой родителей (объективный аспект социальной ситуации развития).

Цель и гипотеза исследования позволили сформулировать следующие **задачи исследования:**

1. Определить личностные особенности детей и подростков с разной тяжестью течения ревматической болезни.
2. Проанализировать особенности социальной ситуации развития детей и подростков с ревматическими болезнями.

3. Выявить специфику воспитательных установок, характерных для родителей детей и подростков с ревматическими болезнями.
4. Охарактеризовать варианты психологических реакций детей и подростков на ситуацию болезни.
5. Сопоставить психологические реакции детей и подростков на ситуацию болезни с тяжестью ее течения и с воспитательными установками родителей.

Теоретико-методологической основой работы являются положения культурно-исторической теории психического развития, разработанные Л.С. Выготским и его последователями: А. Н. Леонтьевым, Д. Б. Элькониным, Л. И. Божович. Это представления о психическом развитии ребенка как процессе присвоения исторически выработанного опыта, совершающемся в ведущей деятельности, о социальной ситуации как источнике развития детской личности.

Методы и методики исследования

В исследовании применялись метод анализа медицинской документации, методы психологической диагностики, изучения индивидуальных случаев, включенного наблюдения, анкетирования и беседы, методы статистического анализа полученных данных.

Комплекс психодиагностических методик для детей включал в себя: модификацию методики «Рисунок человека» К. Махвер (методики «Нарисуй самого себя», «Нарисуй здорового человека – нарисуй больного человека»); тест «Рисунок семьи»; тест «Три желания» Л.С. Славиной; шкалы самооценки Т.В. Дембо – С.Я. Рубинштейн; методику М. Куна, Т. Макпартленда «Кто я?»; методику «Линия жизни» в модификации Н.В. Куницыной; модифицированную методику «Незаконченные предложения» Леви - Сакса. В отделении реанимации применялся метод наблюдения за поведением ребенка по выделенным критериям и беседа. Для

матерей: модифицированный вариант методики А.А. Шведовской «Родительское сочинение» в форме незаконченных предложений.

Характеристика выборки

В исследовании участвовало 178 детей 7–17 лет и 79 матерей. В пилотажном исследовании – 54 ребенка с ревматическими болезнями; в основном исследовании – 88 детей. Обследовано 36 младших школьников (28 девочек, 8 мальчиков) и 52 подростка (40 девочек, 12 мальчиков). Из них 31 ребенок был с тяжелым течением болезни (23 – в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), 8 – в отделении ревматологии), 47 – со средними, 10 – с легким течением болезни. Для сравнения было обследовано 36 учащихся московских школ № 364, 590, 1533 в возрасте 7–17 лет I-II группы здоровья: 20 младших школьников (12 девочек, 8 мальчиков) и 16 подростков (11 девочек, 5 мальчиков). Сведения о состоянии здоровья получены из беседы со школьным врачом. В исследовании приняла участие также 41 мать больных детей и 38 матерей здоровых детей.

Основные этапы исследования

Исследование проводилось с 2009 по 2018 г. в ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации (в отделении ревматологии и в отделении реанимации и интенсивной терапии).

I этап (2009–2010 гг.). Пилотажное исследование, в ходе которого изучены психологические особенности младших школьников и подростков с ревматическими болезнями в стадии обострения и в ремиссии.

II этап (2010–2015 гг.). Составлен пакет методик. Проведен основной этап исследования. Обследованы дети и подростки с ревматическими болезнями с разной тяжестью течения болезни и их здоровые сверстники, а также матери хронически больных и здоровых детей.

III этап (2015-2018 гг.) Анализ и обобщение результатов исследования, оформление текста диссертационной работы.

Достоверность результатов исследования определялась его методологической выверенностью, адекватным подбором группы сравнения, применением батареи методик, адекватных его предмету, целям и гипотезам, статистической обработкой полученных данных.

Научная новизна исследования. Получены новые сведения о личностных особенностях детей и подростков с ревматическими болезнями. Показано, что им свойственны тревожность, сужение мотивационно-потребностной сферы, замкнутость, заниженная самооценка, фиксация на вопросах лечения и восстановления здоровья, склонность к идентификации с образом больного человека. Впервые определены личностные реакции на ситуацию болезни детей и подростков с ревматическими болезнями: благоприятная, «сужение жизненного пространства», «интеллектуализация», «инфантилизация», «погружение в болезнь» и «психологическая инвалидизация». Установлена зависимость психологического состояния ребенка от тяжести течения болезни. Выявлены 4 типа родительских установок в семьях с детьми, страдающими хроническими болезнями: лично ориентированная, ориентированная на обучение, ориентированная на лечение и отстраненная.

Теоретическая значимость работы заключается в комплексном рассмотрении проблемы становления личности больного ребенка в условиях специфической социальной ситуации развития, выявлении наиболее важных факторов, определяющих типы психологических реакций детей на ситуацию болезни, и характерных возрастных изменений психологических трудностей.

Доказано, что имеет место как непосредственное влияние тяжести течения хронического заболевания на личностные особенности детей и подростков, так и опосредованное влияние, обусловленное спецификой

социальной ситуации развития болеющего ребенка, что дополняет учение Л.С. Выготского о соотношении первичных и вторичных отклонений («первичного и вторичного дефекта») в ходе психического развития ребенка.

Практическая значимость определяется возможностью использования полученных данных при оказании психологической помощи детям с ревматическими болезнями и их семьям. Эта помощь может быть оказана как в рамках амбулаторно-поликлинического сопровождения, так и в условиях стационара. Определен алгоритм психологического обследования детей на разных этапах лечения. Разработаны формы и определены условия психологического консультирования родителей и психологической поддержки детей в зависимости от тяжести состояния и этапа лечения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Специфическими личностными особенностями детей и подростков с ревматическими болезнями являются: тревожность, сужение мотивационно-потребностной сферы, фиксация на вопросах лечения и восстановления здоровья. Снижается активность, включенность ребенка в разнообразные виды деятельности, в том числе – в общение со сверстниками. Типичны заниженная самооценка по шкалам «привлекательность» и «здоровье», склонность к идентификации с образом больного человека.
2. В младшем школьном возрасте преобладают повышенная тревожность и страхи медицинских процедур, усугубляемые необходимостью длительного лечения вне дома, разлукой с родными, неумением себя занять. В подростковом возрасте наиболее существенную роль играет выраженная неудовлетворенность собственной внешностью, переживания, связанные с осознанием ситуации болезни и ее влияния на дальнейшую жизнь.

3. Важной характеристикой социальной ситуации развития хронически больного ребенка является воспитательная установка родителей.
4. Выделено 4 типа воспитательных установок: личностно ориентированная (оптимальная для психического развития ребенка), ориентированная на лечение, ориентированная на обучение и отстраненная. Чем тяжелее физическое состояние ребенка, тем чаще у матерей выявляется установка, ориентированная на лечение, и тем реже – личностно ориентированная.
5. При особо тяжелом физическом состоянии (в отделении реанимации) практически не проявляются индивидуальные и личностные особенности ребенка. Его психологическая реакция на ситуацию болезни определяется общим уровнем психической активности.
6. При более благоприятном физическом состоянии, в зависимости от тяжести течения болезни и особенностей социальной ситуации развития, наблюдаются такие психологические реакции ребенка, как «сужение жизненного пространства», «интеллектуализация», «инфантилизация», «погружение в болезнь» и «психологическая инвалидизация». При легком течении болезни в большинстве случаев (90%) неблагоприятные психологические реакции отсутствуют.

Апробация результатов исследования

Результаты диссертационной работы обсуждались на заседаниях кафедры возрастной психологии факультета психологии образования МГППУ, на международных конференциях студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (2013 – 2016 г.), на XVII–XX съездах педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (2013 – 2019 г.), международных конференциях «Психология – наука будущего» (2013, 2015 г.), «Молодые ученые – столичному образованию» (2013 – 2016 г.), British Psychological Society Annual Conference в Англии (2013 г.), European Pediatric Rheumatology 20th Congress в Словении (2013 г.),

«Проблемы инклюзивного образования» в Армении (2015 г.), 7th Europaediatrics в Италии (2015 г.), на VIII Международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи» (2018 г.), III Российском Конгрессе с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина» (2019 г.).

Внедрение. Результаты исследования используются в работе с детьми и семьями в отделении ревматологии и отделении реанимации ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава РФ, включая семейные консультации, индивидуальные и групповые занятия с детьми и подростками. В послеоперационном периоде применяется разработанное нами с соавторами устройство, обеспечивающее включение ребенка в разные виды деятельности (патент России № 2586052. 2016).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения. Объем основного текста диссертации 155 страниц. Работа содержит 6 таблиц и 42 рисунка. Библиографический список включает 167 наименований, из них 39 на английском языке.

Основное содержание работы

Во введении обосновывается актуальность темы исследования, научная новизна, теоретическая и практическая значимость, указаны цель, объект, предмет исследования, поставлены задачи, сформулирована гипотеза, охарактеризованы способы обеспечения достоверности результатов исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Проблема развития личности детей и подростков с ревматическими болезнями» подчеркивается зависимость личностного развития детей младшего школьного и подросткового возраста от социальной

ситуации развития (Л.С. Выготский, Л.И. Божович, Д.Б. Эльконин, М. Коул, U. Bronfenbrenner). Социальная ситуация развития ребенка кардинально изменяется под влиянием хронической болезни, искажая ход его психического развития (В.В. Николаева, С.А. Gerhardt, А.Ф. Patenaude, J.L. Wallander). При этом некоторые отклонения в развитии личности являются общими для разных видов хронической патологии (Ф.И. Белялов, D.W. Spady), тогда как другие специфичны для той или иной конкретной патологии (Т.Г. Горячева, Е.Г. Филякова, Ю.Е. Куртанова, Т.В. Свиридова). Показано, что для детей и подростков с ревматическими болезнями характерны замкнутость, неуверенность в себе, заниженная самооценка, неадекватный образ Я (Ю.С. Джос, А.М. Коломиец), сниженный и неустойчивый фон настроения (Л.В. Яковлева, И.И. Мамайчук, Т.А. Шелепина, Н.Н. Кузьмина). Вместе с тем, недостаточно изучены различия, определяемые степенью тяжести течения болезни. Внимание исследователей было сосредоточено, преимущественно, на общих особенностях психического развития больных детей и подростков.

Во второй главе «Эмпирическое исследование личностных особенностей и социальной ситуации развития детей и подростков с ревматическими болезнями» описано эмпирическое исследование, методики и способы обработки данных, полученные результаты. На основе анализа литературы выделены характеристики, подлежащие эмпирическому исследованию: уровень психической активности; эмоциональное состояние и мотивационные предпочтения ребенка; особенности самосознания; особенности социальной ситуации развития.

Анализ анкет показал, что почти у половины больных детей (45,3%) очень ограничен круг общения (среди здоровых – лишь у 8,3%; различия значимы при $p < 0,01^1$). Хроническая болезнь ребенка повышает вероятность распада семьи: у 46,6% больных детей семьи были неполными (у здоровых – 22,2%; $p < 0,01$). Таким образом, межличностная ситуация развития болеющих детей сильно отличается от таковой у здоровых.

Большинство здоровых детей (83%) были позитивно настроены на общение с психологом. У болеющих детей нередко встречались тревожные (73%), равнодушные (63,5%) и негативные (23,5%) реакции.

Наблюдения за детьми и подростками, тест «Рисунок человека», методики «Три желания» и «шкалы самооценки» показали, что их эмоциональное состояние, поведение, интересы, самооценка и общение со сверстниками существенно различаются при разной тяжести течения болезни. Среди детей, находившихся в отделении реанимации, было выделено три группы: «инактивные» – в крайне тяжелом состоянии, с выраженной дефицитарностью проявлений психической активности и с отсутствием эмоционального отношения к происходящему вокруг; «пассивные» – в нестабильно тяжелом состоянии, со слабыми и нестабильными проявлениями психической активности (наблюдалось появление потребности во впечатлениях и общении, эмоциональное отношение к окружающему); «относительно активные» – в стабильно тяжелом состоянии с положительной динамикой, с устойчивыми проявлениями психической активности, актуализирующимися

¹ Здесь и далее для оценки различий между двумя малыми независимыми выборками использовался критерий Манна – Уитни, а между несколькими независимыми выборками с распределением, отличающимся от нормального, – критерии Краскола – Уоллеса и Джонкхиера – Терпстры.

психологическими потребностями, демонстрирующие при взаимодействии с окружающими людьми индивидуально-личностные особенности.

У детей и подростков, находящихся в более стабильном физическом состоянии, выявилась зависимость их *эмоционального состояния* от тяжести течения болезни. При тяжелом течении болезни фон настроения был ниже, чем при средней тяжести течения ($p < 0,05$), а у обеих этих групп – ниже, чем у детей с легким течением болезни и здоровых сверстников ($p < 0,05$). Уровень тревоги у детей с тяжелым и средним течением болезни был выше, чем у их здоровых сверстников и детей с легким течением болезни ($p < 0,01$). Результаты рисуночных методик свидетельствуют, что болезнь негативно влияет на формирующийся образ Я ребенка: болеющие дети идентифицируются с образом больного человека.

Как показал тест «Три желания», тяжесть течения болезни влияет на *мотивационно-потребностную сферу* болеющего ребенка. У детей и подростков с тяжелым течением (100%) и со средней тяжестью течения (85,3%) часто встречаются желания, касающиеся темы здоровья, в отличие от здоровых детей (33,3%; $p < 0,01$). Желания, связанные с деятельностью, при тяжелом течении болезни (22,2%) встречаются заметно меньше ($p < 0,05$), чем при средней тяжести течения (36,6%) и у здоровых сверстников (77,8%).

У детей и подростков с ревматическими болезнями снижена *самооценка* по шкалам «здоровье» и «привлекательность». Так, по шкале «привлекательность» выявлены значимые различия ($p < 0,05$) между группой детей с тяжелым, средним и легким течением болезни (соответствующие средние значения 1,7; 1,5; 2,2) в сравнении со здоровыми (2,6; $p < 0,01$).

Неудовлетворенность своей внешностью особенно ярко выражена у подростков. Переживания из-за негативных изменений внешности в ходе лечения приводят к снижению фона настроения, избеганию общения с ровесниками, вплоть до полной изоляции ребенка от сверстников.

Результаты методики «Кто я?» показали, что подростки со средней тяжестью и с тяжелым течением болезни дают статистически значимо меньше самоописаний (в среднем, соответственно, 10,7; 11,5), чем здоровые сверстники (16,1; $p < 0,05$). Это свидетельствует об отставании в развитии *самосознания* у болеющих подростков. Болезнь негативно влияет на формирование *гендерной идентичности*. У здоровых подростков значимо больше высказываний, прямо или косвенно обозначающих пол, чем у их сверстников со средним и тяжелым течением болезни (соответствующие средние значения 7,3; 3,7; 0,0; $p < 0,05$). Методика «Линия жизни» позволила выявить особенности *временной перспективы* подростков. Болеющие подростки больше погружены в события прошлых лет и отмечают события настоящего реже здоровых сверстников ($p < 0,05$). События прошлого у здоровых подростков обычно положительно окрашены, а у болеющих часто включают негативно окрашенные события, связанные с болезнью.

Методика «Незаконченные предложения» показала негативное влияние тяжести течения болезни на целеполагание. Значения по шкале «жизненные цели» при средней тяжести течения болезни (среднее 8,1) и при тяжелом течении (6,7) существенно ниже, чем у здоровых (среднее 9,75; $p < 0,01$).

Анализ субъективного аспекта *социальной ситуации развития* (методики «Рисунок семьи» и «Незаконченные предложения») показал, что на восприятие семейной ситуации младшим школьником влияет лечение вне дома, разлука с родными. Это наиболее выражено у детей со средней тяжестью течения болезни, которые больше времени, чем другие дети, проводят в больнице вдали от дома и родных. При легком течении процесс лечения не оказывает такого влияния на межличностную ситуацию развития. Дети с тяжелым течением болезни госпитализируются с близкими взрослыми, меньше испытывают чувство разобщенности с семьей.

Необходимость ежедневного ухода за больным подростком с тяжелым течением болезни, длительные совместные госпитализации создают особые отношения в диаде «мать-ребенок», мать становится чрезвычайно значимой фигурой, а в отношениях с другими членами семьи увеличивается дистанция, отношения воспринимаются как эмоционально далекие, иногда негативные. Круг общения сужается, сверстники редко становятся значимой референтной группой для болеющего подростка. Это подтверждается низкими показателями по шкале «отношения с друзьями» в методике «Незаконченные предложения» (различия со здоровыми сверстниками значимы при $p < 0,05$).

Анализ «Родительского сочинения» позволил выделить 4 *типа установок* (таблица 1). При *лично ориентированной установке* (у 84,2% родителей здоровых детей и у 43,9% родителей больных) воспитание строится с учетом физического и психологического состояния ребенка. Для взрослого с такой установкой наиболее значимыми характеристиками ребенка являются его личностные особенности.

В иерархии ценностей родителя с *установкой, ориентированной на обучение* (у 15,8% матерей здоровых детей и у 19,5% матерей болеющих детей) первое место занимает интеллектуальное развитие ребенка, достижение успехов в разных областях деятельности. Матери подчеркивают зрелость ребенка, стремятся снизить значимость болезни. Описывая образ ребенка в настоящем и будущем, они говорят об успехах в обучении, ожидают от ребенка приобретения конкретных умений и навыков, часто не соотнося свои ожидания с его возрастными и личностными возможностями.

Таблица 1

**Количественное распределение типов родительских
воспитательных установок (в %%)**

Установка	Матери здоровых детей	Матери болеющих детей
Личностно ориентированная	84,0	43,9
Ориентированная на обучение	16,0	19,5
Ориентированная на лечение	0,0	34,1
Отстраненная	0,0	2,5

Для родителя с *установкой, ориентированной на лечение* (отсутствовала у родителей здоровых детей и встретилась у 34,1% матерей больных), практически единственной ценностью становится сохранение жизни и восстановление здоровья ребенка. Межличностное общение, обучение и воспитание подчинены процессу лечения. Образ будущей жизни ребенка, страхи и опасения напрямую связаны с темой лечения, болезни, физических ограничений и т.д. Чрезмерная фиксация внимания на проблеме здоровья ребенка препятствует осознанию родителем возрастных и индивидуальных психологических потребностей ребенка.

При *отстраненной родительской установке* (встретилась лишь у одной мамы больного ребенка) детско-родительские отношения характеризуются чрезмерной эмоциональной дистанцией. Мать действует формально, возлагая всю ответственность за лечение, обучение и воспитание на сотрудников лечебного учреждения.

У большинства матерей, чьи дети находились в *отделении реанимации*, наблюдалось подавленное эмоциональное состояние (72,7%), значительно реже – возбужденное (18,2%). Лишь одна мать (9%) сохранила относительно стабильное эмоциональное состояние и была способна как к адекватному уходу за ребенком, так и к удовлетворению его психологических потребностей. У матерей, чьи дети находились в

отделении ревматологии, относительно стабильное эмоциональное состояние наблюдалось значительно чаще: у 70% респондентов ($p < 0,01$). У 16,6% матерей было выявлено подавленное эмоциональное состояние, в 13,3% случаев – возбужденное. Подавляющее большинство матерей здоровых детей (94,7%) находились в стабильном эмоциональном состоянии. Лишь одна мать (2,6%) пребывала в подавленном состоянии в связи с потерей близкого родственника и одна (2,6%) – в возбужденном (таблица 2).

Таблица 2

Количественное соотношение видов эмоционального состояния матерей здоровых и больных детей (в %%).

Эмоциональное состояние	Матери детей из отделения реанимации	Матери детей из отделения ревматологии	Матери здоровых детей
Возбужденное	18,2	13,3	2,6
Подавленное	72,7	16,6	2,6
Стабильное	9,1	70,1	94,8

Вторую главу завершают общие выводы. Подчеркивается, что тяжесть течения болезни непосредственно влияет не только на физическое состояние ребенка, но и на степень выраженности возникающих психологических нарушений. Ревматические болезни оказывают влияние на межличностную ситуацию развития, ухудшая эмоциональное состояние родителей. Частота встречаемости тех или иных воспитательных установок существенно отличается от их частоты у родителей здоровых детей.

В третьей главе «Факторы, влияющие на личностные особенности детей и подростков, страдающих ревматическими болезнями» проведен качественный анализ непосредственного (первичного) и опосредованного (вторичного) влияния болезни на развитие личности детей и подростков. Физические изменения вследствие хронической болезни оказывают непосредственное влияние. Это болевой синдром, деформация суставов,

контрактуры, кожные высыпания, скованность в движениях, утомляемость. К факторам, непосредственно влияющим на развитие личности, относятся также побочные действия медикаментозной терапии, вызывающие изменения внешности (низкий рост, ожирение и др.).

Опосредованное влияние хронической болезни на развитие личности детей и подростков определяется отклонениями социальной ситуации их развития от норматива. Неоптимальная родительская воспитательная установка, в том числе чрезмерная погруженность матерей в вопросы лечения и сохранения здоровья, препятствует реализации возрастно-психологических потребностей болеющих детей и может приводить к отклонениям в развитии личности. Крайне неблагоприятным фактором, особенно в подростковом возрасте, является сужение круга общения ребенка.

Невозможность влиять на состояние собственного здоровья приводит к снижению настроения, нарастанию тревожности, отказу от планирования своего будущего и от постановки целей, не связанных с сохранением здоровья. Постепенно возникают сужение мотивационно-потребностной сферы, фиксация внимания только на вопросах лечения, отказ от разнообразных видов деятельности. Стремление близких взрослых чрезмерно опекать ребенка усугубляет его несамостоятельность и бездеятельность.

Нами были выделены типичные реакции на ситуацию болезни детей и подростков с разной тяжестью ее течения. Критериями, по которым определялся тип реакции, стали особенности эмоциональной и мотивационно-потребностной сферы, самосознания и общения со сверстниками (таблица 3).

Таблица 3

Представленность разных типов реакции на ситуацию болезни при разной тяжести течения (в %%).

Реакция на болезнь / течение болезни	Легкое течение болезни	Среднее течение болезни	Тяжелое течение болезни
Благоприятная	9	13	0
сужение жизненного пространства	0	6	1
Интеллектуализация	0	5	0
Инфантилизация	0	10	1
погружение в болезнь	0	7	4
психологическая инвалидизация	1	6	2

1. **Благоприятная реакция** (33,8%), при которой влияние болезни на психологическое состояние ребенка минимально; личностное развитие происходит по траектории, близкой к нормативной. У детей и подростков с такой реакцией наблюдается положительный фон настроения, они общительны, их самосознание развивается в соответствии с возрастной нормой. Они участвуют в разнообразных видах деятельности, не отрицают болезнь и связанные с ней ограничения, но и не подчиняют собственную жизнь только процессу лечения и восстановления здоровья.
2. **«Сужение жизненного пространства»** (9,3%) проявляется в неспособности ребенка приспособливаться к условиям окружающей среды вне стационара, тогда как в условиях больницы ребенку удается сохранить общение со сверстниками, другие виды деятельности, устремления, не связанные с процессом лечения. Эти дети только в больнице чувствуют себя комфортно, проявляют активность, общительны, деятельны; самооценка страдает незначительно. Врачи и медсестры становятся для

них значимыми взрослыми, с которыми выстраиваются неформальные отношения.

3. Дети, которые в большей степени беспокоятся и рассуждают о процессе лечения, о заболевании, объединены в группу с реакцией на ситуацию болезни по типу *«интеллектуализации»* (7,6%). Для них характерны сниженное настроение, недовольство состоянием своего здоровья, сконцентрированность на вопросах лечения, длительные размышления по поводу болезней, сохранения здоровья, новейших лекарственных средств и др. У них наблюдается значительно сниженная самооценка по основным параметрам, при этом часто встречается компенсаторно завышенная самооценка по параметру «успеваемость». Учеба является одной из немногих сфер деятельности, в которой ребенок чувствует свою состоятельность. Они стремятся к общению, но избирательны при выборе друзей.
4. Детей, у которых на первый план выходит снижение темпа развития самосознания, личностная незрелость, мы объединили в группу под названием *«инфантилизация»* (17,1%). Она проявляется в поведении, не соответствующем реальному возрасту. В мотивационно-потребностной сфере наблюдается ситуативность желаний. Выбираемые виды деятельности носят развлекательный, поверхностный характер, учеба и другие виды деятельности, требующие волевых усилий, минимизированы. Эти дети обычно находятся в хорошем настроении, они контактны, беспечны, общение поддерживают преимущественно виртуальное.
5. *«Погружение в болезнь»* (18,4%) является острой реакцией ребенка на нарушения основных сфер его жизни, вызванные болезнью. Для этих детей характерны сниженный фон настроения, сужение мотивационно-потребностной сферы (ведущий мотив – восстановление здоровья), погруженность в вопросы лечения, идентификация с образом больного

человека, отсутствие желания общаться с ровесниками, дистантные отношения с родственниками, помимо матери и отца. При улучшении физического состояния эта реакция сравнительно легко преодолевается.

- б. Для детей и подростков с *«психологической инвалидизацией»* (13,8%) характерны проявления, сходные с «погружением в болезнь», но более ярко выраженные и чрезвычайно устойчивые во времени. Типичны физическая и эмоциональная зависимость от близких взрослых, несамостоятельность, негативные отношения с близкими помимо тех, кто осуществляет непосредственный уход. Эти дети бездеятельны и крайне необщительны, вплоть до полного отказа от общения вне семьи. У них отсутствуют желания, связанные с разными видами деятельности, наблюдается резко негативное отношение к собственному внешнему виду.

При легком течении болезни чаще встречается «благоприятная» реакция на ситуацию болезни, чем при средней тяжести течения ($p < 0,01$). При средней тяжести течения встречаются разные типы реакции на ситуацию болезни без явного преобладания какой-либо одной из них. При тяжелом течении чаще, чем при средней тяжести течения, встречается реакция «погружение в болезнь» ($p < 0,05$). Ни у одного ребенка с тяжелым течением болезни не выявлена «благоприятная» реакция на ситуацию болезни.

В заключении диссертации приведены общие результаты и **выводы**, сделанные в ходе исследования:

1. Проведенное исследование подтверждает выдвинутую гипотезу о том, что ревматические болезни влияют на личностные особенности детей и подростков как непосредственно (в соответствии с тяжестью течения болезни), так и опосредованно в результате искажения социальной ситуации развития ребенка.
2. Уровень психической активности ребенка, его эмоциональное состояние и представления о себе зависят от тяжести течения болезни. Однако даже при

легком течении болезни проявляются такие особенности, как тревога за состояние своего здоровья и сниженная самооценка по шкалам «здоровье» и «привлекательность». При более тяжелом течении к ним присоединяются сниженный фон настроения, чрезмерная сконцентрированность на вопросах лечения и восстановления здоровья, значительное уменьшение количества желаний, связанных с деятельностью, отказ от планов и целей и выраженное недовольство собственной внешностью.

3. В подростковом возрасте хроническая болезнь часто приводит к таким особенностям развития самосознания, как слабая дифференцированность образа Я, замедленное формирование гендерной идентичности. Складывается негативный образ своего тела, что снижает самооценку болеющего ребенка. Остаются недостаточно сформированными представления о своих социальных ролях. Доминантной референтной группой остаются значимые взрослые, затруднено вхождение в группу сверстников и построение с ними отношений сотрудничества и конкуренции.
4. Опосредованное влияние на психологическое состояние и личностные особенности ребенка оказывают как субъективные аспекты социальной ситуации развития – в частности, его отношение к самому себе и своей болезни, так и ее объективные аспекты, включая воспитательную установку родителей. В зависимости от этих факторов возникают такие проявления, как сужение мотивационно-потребностной сферы, фиксация на вопросах здоровья и лечения: снижение активности, бездеятельность, идентификация с образом больного человека.
5. Реакции детей и подростков на ситуацию болезни зависят как от тяжести течения болезни, так и от воспитательных установок родителей. Эти установки во многом определяют специфику социальной ситуации развития больного ребенка. Чем тяжелее физическое состояние ребенка, тем чаще выявляется установка, ориентированная на лечение. Однако даже при

тяжелом течении болезни встречается воспитательная установка, ориентированная на обучение. В обоих случаях, в отличие от лично ориентированной установки, недостаточно учитываются психологические потребности детей и задачи их личностного развития.

6. При легком течении болезни и лично ориентированной родительской воспитательной установке у детей и подростков преобладает относительно благоприятная психологическая реакция на свое состояние. При более тяжелом течении возникают неблагоприятные психологические реакции: «сужение жизненного пространства», «инфантилизация», «погружение в болезнь», «психологическая инвалидизация (наиболее типичны при родительской установке на лечение) и «интеллектуализация» (связана с родительской установкой на обучение).

Основные содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Буслаева, А. С. Эмоциональные состояния хронически больных детей и подростков в условиях госпитализации [Текст] / А. С. Буслаева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019. – №3. – С. 13–21.
2. Буслаева, А. С. Особенности психологического состояния хронически больного ребенка с разной тяжестью течения болезни [Электронный ресурс] / А. С. Буслаева, А. Л. Венгер // Альманах института коррекционной педагогики. – 2017. – Вып. 2. - № 31. С. 33-49. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru.articls/almanac-no-31/> свободный.
3. Буслаева, А. С. Задачи психологической помощи тяжело больному ребенку и его родителям [Текст] / А. С. Буслаева, А. Л. Венгер, С. Б. Лазуренко // Культурно-историческая психология. – 2016. – Т. 12. – №1. – С. 56–65.

4. Буслаева, А. С. Родительские воспитательные установки при хроническом соматическом заболевании ребенка (на материале юношеского ревматоидного артрита) [Текст] / А. С. Буслаева // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Том 5. – №4. – С. 61–75.
5. Буслаева, А. С. Особенности развития личности детей и подростков с ревматическими заболеваниями [Текст] / А. С. Буслаева // Вопросы современной педиатрии. - 2012. – Том 11. – № 6. – С. 92-96.

Статьи в сборниках научных трудов, материалах конференций

6. Буслаева, А. С. Влияние тяжелой хронической болезни на психологическое состояние детей и подростков [Текст] / А. С. Буслаева // Психологические исследования: Вып. 8. Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». - 2016. – с. 49-59.
7. Буслаева, А. С. Воспитательные установки родителей детей, страдающих хроническим соматическим заболеванием [Текст] / А.С. Буслаева // Психологические исследования. Выпуск 7. под. ред. А.Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. - М.: Институт психологии РАН. - 2014. - С. 24-36.
8. Буслаева, А. С. Особенности эмоциональных состояний хронически больных школьников в условиях круглосуточного стационара [Текст] / А.С. Буслаева, С.Б. Лазуренко, А.Л. Венгер // Психология третьего тысячелетия: VII Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной психологии». - Дубна : Гос. ун-т «Дубна», - 2020. - С.17-21.

9. Buslaeva, A. Typical reactions to the disease of children and adolescents suffering from rheumatic diseases of various severity [Text] / A. Buslaeva, A. Venger // XVI European congress of psychology. – M., 2019. - С. 1330.
10. Буслаева, А.С. Психологическое сопровождение семьи больного ребенка в медицинском стационаре / А.Л. Венгер, С.Б. Лазуренко, А.М. Герасимова // VIII международной научно-практической конференции «Психологические проблемы современной семьи». - УГПУ, 2018. - С.636-639.
11. Buslaeva, A. Psychological assistance to children with rheumatic diseases during rehabilitation [Text] / A. Venger, M. Afonina // Archives of Disease in Childhood. - 2017. - Т. 102. - № S2. - С. A167.
12. Буслаева, А. С. Направления психологической помощи в отделении детской реанимации [Электронный ресурс] / А.С. Буслаева // Молодые ученые – столичному образованию. Материалы XV Городской научно-практической конференции с международным участием. – Москва, 2016. – Том 1. - С.209–210.
http://psyjournals.ru/young_scientists/issue/tom_1.shtml
13. Буслаева, А.С. Особенности психологического состояния детей в отделении реанимации [Текст] / Е.И. Алексеева, А.Л. Венгер // Вопросы современной педиатрии. - 2016. - Т. 15. - № S1. - С. 45.
14. Буслаева, А.С. Направления психологической помощи семье ребенка, находящегося в отделении реанимации [Текст] / Т.В. Свиридова, А.Л. Венгер, С.Б. Лазуренко, М.С. Ртищева // Вопросы современной педиатрии. -2015. - Т. 14. -№ S1. - С. 27.
15. Буслаева, А. С. Особенности развития самосознания у подростков с хроническими ревматическими болезнями [Электронный ресурс] / А. С. Буслаева // Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов-2015». Москва: МГУ,

2015.-

<http://lomonosov>

[msu.ru/archive/Lomonosov_2015/data/6913/uid55651_report.pdf](http://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov_2015/data/6913/uid55651_report.pdf)

16. Буслаева, А. С. Направления психологической помощи детям с тяжелым течением болезни в процессе восстановительного лечения [Текст] / А. С. Буслаева // Всероссийская научно-практическая конференция к 85-летию Ю. Ф. Полякова: «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии». – Москва, 2013. – С. 151.
17. Буслаева, А. С. Влияние тяжести течения хронического заболевания на формирование психологических особенностей ребенка [Электронный ресурс] / А. С. Буслаева // Сборник работ конференции «Молодые ученые - столичному образованию». – Москва. - М., 2013. – http://lomonosov-msu.ru/uploaded/1600/59045_bc29.pd
18. Буслаева, А. С. Основные направления групповой психологической работы со школьниками в медицинском стационаре [Электронный ресурс] / А. С. Буслаева, Т. В. Свиридова // Международная конференция молодых ученых «Ломоносов 2013». – М., 2013. – http://lomonosov-msu.ru/uploaded/1600/59045_bc29.pd
19. Буслаева, А. С. Социально-психологическая реабилитация детей и подростков с хронической соматической патологией [Текст] / А. С. Буслаева // V Конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». РМАПО, Ассоциация детских психологов и психиатров, «ИГРА». – Москва, 2013. - С. 133-134.
20. Буслаева, А. С. Психолого-педагогический потенциал семьи в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / А. С. Буслаева // II международная научно-практическая

конференция «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». - Москва, 2013. - С. 90-92.

Патенты

Патент РФ № RUS 2586052, 03.12.2014. Устройство для восстановления здоровья детей на послеоперационном этапе лечения // Патент России № 2586052. 2016 / С. Б. Лазуренко, Л. С. Намазова-Баранова, А. В. Голубчикова, А. С. Буслаева [и др.].