

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СЕМЬИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Индекс УДК 159.9.07
Код ГРНТИ 15.81.61
DOI: 10.22204/2587-8956-2024-119-04-11-26



**Ю.П. ЗИНЧЕНКО,
Е.И. ПЕРВИЧКО***

Психологическое благополучие современной семьи как главный фактор здоровья детей

Целью исследования стало изучение стилей детско-родительских отношений в семьях часто болеющих детей, а также представлений детей о качестве межличностных отношений в их семьях как важнейших показателей психологического благополучия семьи. В исследовании приняли участие 50 часто болеющих младших школьников (средний возраст $9,2 \pm 1,4$ лет) и 50 редко болеющих младших школьников (средний возраст $8,9 \pm 1,2$ лет), а также родители этих детей (по 50 человек в каждой группе). Результаты показали, что только 12% часто болеющих детей оценивают взаимоотношения в их семьях как благоприятные, что значительно меньше, чем в группе практически здоровых детей. Наиболее часто встречающимися являются оценки детей, описывающих семейные взаимоотношения как тревожные, конфликтные и вызывающие у них переживание чувства неполноценности. У родителей часто болеющих детей, по сравнению с родителями редко болеющих детей, обнаружены достоверно более высокие показатели по таким типам семейного воспитания, как «Гиперпротекция», «Гипопротекция», «Потворствование», «Чрезмерность требований-запретов (Доминирование)» и «Неустойчивость стиля воспитания». Полученные результаты свидетельствуют об общей дисгармонии отношений в семьях, воспитывающих часто болеющих детей. Это свидетельствует о необходимости организации психологических исследований семей, воспитывающих часто болеющих детей, с целью разработки научно обоснованных программ организации психологической помощи им. Авторы подчёркивают, что семьи с часто болеющими детьми — это серьёзная социальная и психологическая проблема, что психологическая наука и практика в нашей стране являются достаточно зрелыми, и они готовы включиться в работу по решению данной проблемы.

* **Зинченко Юрий Петрович** — академик РАО, доктор психологических наук, профессор, главный внештатный специалист по медицинской психологии Минздрава России, декан факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, директор Федерального научного центра психологических и междисциплинарных исследований, президент Российского психологического общества.

E-mail: zinchenko_y@mail.ru

Первичко Елена Ивановна — доктор психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова.

E-mail: elena_pervichko@mail.ru

Ключевые слова: психологическое благополучие семьи, часто болеющие дети, тревожность, типы семейного воспитания, межличностные отношения

Указом Президента России В.В. Путина 2024 год объявлен Годом семьи. В связи с этим мы считаем важным поднять и обсудить проблему, которая довольно часто «ускользает» от обсуждения в психологическом сообществе, несмотря на её достаточную очевидность: насколько психологически благополучны семьи, в которых дети часто болеют? И каким образом можно с психологической точки зрения описать возможную связь между психологическим благополучием семьи и частой заболеваемостью детей острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ)?

Необходимо отметить, что не так часто семьи с детьми с рецидивирующими ОРЗ попадают в фокус внимания психологов по инициативе родителей: эти дети могут не иметь очевидных проблем с поведением и учёбой, следовательно, за психологической помощью по поводу их воспитания и обучения родители могут никогда не обращаться. Тем более что для многих родителей, как показывают исследования, возможная связь частоты заболеваемости их ребёнка с качеством семейных отношений, детско-родительских отношений и другими параметрами оценки психологического благополучия семьи совершенно не очевидна. Гораздо проще и удобней объяснять происходящее в рамках традиционной биомедицинской модели, когда любое заболевание интерпретируется как результат воздействия бактерий и вирусов, генетического фактора, плохой экологической ситуации и т.п. [17, 24]. Или же, переходя к более сложной биопсихосоциальной модели здоровья и болезни [17], тем не менее списывать всё происходящее с часто болеющим ребёнком только на сложности адаптации к детскому дошкольному учреждению или же к школе.

С 1986 г. основным критерием отнесения ребёнка к группе часто болеющих детей стало соотношение возраста и количества перенесённых острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в год (для детей старше 5 лет это четыре и более эпизодов ОРЗ в год) [1, 2, 16]. Однако эпидемиологические исследования, выполненные в последние годы как в нашей стране, так и за рубежом, показали, что подавляющее большинство современных детей дошкольного и младшего школьного возраста переносят в течение года не менее 3–5 эпизодов острых респираторных инфекций. И, учитывая практику здравоохранения последних лет, к часто болеющим детям специалисты в настоящее время стали относить детей, страдающих от ОРЗ вирусной или вирусно-бактериальной природы, патологии ЛОР-органов (аденоидит, тонзиллит, отит), а также заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, не менее восьми раз в год [1, 13, 23].

Врачи-педиатры отмечают, что проблема часто болеющих детей в настоящее время продолжает оставаться одной из наиболее значимых для современной педиатрии [13]. Каждый год с наступлением осенне-зимнего периода и началом обучения у школьников возникают учебные перегрузки, увеличивается и число контактов в коллективах, и в это же время дети начинают чаще болеть ОРЗ. Так, показано, что в младших группах детских дошкольных учреждений доля часто болеющих детей может превышать 50%; среди школьников эта доля составляет примерно 10–30%, постепенно снижаясь до 3–5% в старших классах [13].

Выделяя факторы, повышающие частотность ОРЗ у детей, врачи-педиатры в последнее время среди значимых всё чаще называют психологический фактор [16, 23].

В многочисленных исследованиях показано, что часто болеющие дети дошкольного и младшего школьного возраста, как правило, имеют высокий уровень личностной тревожности. И родители, и специалисты отмечают даже возможность регресса в реализации уже сформированных телесных функций и навыков у многих часто болеющих дошкольников. Например, дети не только младшего, но и старшего дошкольного возраста с часто повторяющимися респираторными инфекциями отказываются самостоятельно есть и засыпать; отмечается учащение случаев ночного энуреза [3, 6]. Помимо тревожности, специалисты также отмечают часто встречающиеся неуверенность в себе, зависимость от мнения окружающих, заниженную самооценку и негативное самоотношение, а также нарушение социальных отношений у этих детей [3, 11, 12, 13, 15, 16].

Всем хорошо известно, что любое ОРЗ характеризуется наличием неприятных и болезненных соматических проявлений, а также необходимостью аккуратного соблюдения медицинских рекомендаций и выполнения целого ряда не очень приятных медицинских процедур. Тем самым все болеющие ОРЗ приобретают довольно специфический и неприятный телесный опыт. Получение этого опыта во время болезни неизбежно сопровождается соответствующими аффективными реакциями и эмоциональными переживаниями, а также когнитивными интерпретациями и далее — появлением определённых личностных смыслов. По сути дела, речь идёт о становлении такого психосоматического феномена, как внутренняя картина болезни (ВКБ). Клиническим психологам хорошо известно, что ВКБ формируется абсолютно всегда, когда человек чем-либо заболевает [14]. Появляющаяся ВКБ фактически «вписывает» болезнь в нашу жизнь. Важнейшей характеристикой ВКБ является то, что с её становлением развитие болезни начинает подчиняться не только физиологическим и клиническим, но и психологическим закономерностям [14, 18]. Для кли-

нических психологов эти тезисы являются сегодня практически аксиоматичными.

Если речь идёт о болеющих детях, то очевидно, что роль родителей, и прежде всего мамы, во время болезни ребёнка крайне важна: мама (или другой близкий взрослый) не просто обеспечивает физический уход за ним. Она психологически опосредует для ребёнка весь негативный телесный и эмоциональный опыт болезни. Также известно, что мама может своим грамотным участием если не трансформировать этот опыт из негативного в позитивный, то хотя бы минимизировать его негативные последствия [3, 17]. Однако на практике мамы далеко не всегда могут психологически грамотно это сделать. Это первая из череды психологических «сложностей», возникающих как у детей, так и у их родителей, если ребёнок заболевает.

Частые болезни, и ОРЗ в том числе, с высокой вероятностью приведут к возникновению ограничений общения ребёнка со сверстниками, что будет негативно влиять на процесс его социализации и в перспективе может привести к возникновению у него признаков социальной дезадаптации.

Кроме того, если речь идёт о часто болеющих школьниках, то у них, как правило, возникают проблемы с учёбой, что может выступить в качестве одного из весьма значимых факторов тревоги и сниженного настроения ребёнка, падения его самооценки и формирования негативного самоотношения, а также нарушения социальных отношений [5, 6, 13, 10].

Можно утверждать, что частые болезни с неизбежностью приведут к изменению всей целостной социальной ситуации развития ребёнка. Более того, зарождение ВКБ и принятие ребёнком новой социальной роли — роли больного — уже, фактически, отражает начавшиеся изменения социальной ситуации его развития. То, что социальная ситуация развития больного ребёнка является качественно иной по сравнению с таковой у здорового ребёнка, — давно и хорошо известный факт [12, 14, 15, 17, 24].

Таким образом, мы коротко перечислили «психологические сложности», которые возникают у часто болеющих детей и их родителей.

Однако у читателя по праву может возникнуть вопрос: а какое место во всех описанных и тесно связанных между собой процессах занимают семейные отношения?

К сожалению, частые болезни ребёнка могут стать серьёзным испытанием семьи на прочность. Во многих случаях речь идёт о потенциально возможном и высоко вероятном изменении отношений в такой семье, об изменении «зон ответственности» и перераспределении ролей между членами семьи. Если же в семье, помимо часто болеющего ребёнка, есть и старшие дети, проблемы ухода за заболевшим маленьким ребёнком достаточно часто ложатся и на их плечи. Однако такой подход к разделению обязанностей в семье вполне может привести к возникновению протестных реакций со стороны более старших братьев и сестёр. Родителям приходится затрачивать серьёзные дополнительные усилия на оптимизацию межличностных отношений в семье и поддержание в ней удовлетворительного психологического климата [10, 11, 12, 17, 24]. При исследовании детей, страдающих различными хроническими заболеваниями, показано, что более успешным восстановлением ребёнка после тяжёлой длительной болезни бывает при наличии адекватных стилей детско-родительских отношений [3, 6, 17, 24].

Как мы уже отмечали выше, именно родители, и прежде всего мать, помогают при опосредовании получаемого маленьким ребёнком во время болезни тяжёлого эмоционального и телесного опыта. Следовательно, роль семейной поддержки, материнской эмоциональной поддержки при возникновении у маленького ребёнка любого заболевания будут очень важны в процессе лечения и реабилитации. Вместе с тем хорошо известно, что чрезмерная социальная поддержка и гиперопека могут вызвать отрицательный эффект, поскольку

пациенты (и маленькие пациенты в том числе) становятся чрезмерно зависимыми от лиц, осуществляющих уход, а также демотивированными, что не может не сказаться на эффективности лечения и восстановления [3, 13, 14, 17].

Исходя из вышеизложенного, можно сформулировать ряд общих положений, важных, с нашей точки зрения, для понимания роли семейных отношений и детско-родительских отношений в создании условий для гармоничного психосоматического развития часто болеющего ребёнка.

- 1) Нарушения соматического здоровья ребёнка (в данном случае — наличие симптоматики ОРЗ) будут способствовать «наполнению» уровня ощущений — базового уровня начинающей формироваться ВКБ ребёнка. Далее, в результате означения этих ощущений и «вписывания» их в систему личностных смыслов возможно формирование особого смысла болезни в целом и отдельных её проявлений, причём как для ребёнка, так и для его близких, и более или менее успешное принятие (или непринятие) маленьким пациентом социальной роли «больного», что в совокупности может способствовать утяжелению его не только эмоционального, но и физического состояния.
- 2) Усвоение ребёнком социальной роли «больного», безусловно, повлияет на характер взаимоотношений между ним и его родителями, а также на восприятие ребёнком характера этих отношений. С другой стороны, в становлении ВКБ болеющего ребёнка и в принятии им социальной роли «больного» будет исходно важна стилистика социальных отношений ребёнка и межличностных отношений в его семье. По мере взросления ребёнка роль родительской семьи и материнской поддержки, в частности в ситуации болезни, постепенно будет снижать свою значимость, но никогда не отойдёт в «психологический архив» окончательно. В младшем школьном возрасте эти факторы выступают в каче-

стве крайне значимых при становлении ВКБ и внутренней картины здоровья (ВКЗ) ребёнка.

- 3) Проблематика ВКБ и ВКЗ крайне важна в рамках нашего дискурса, поскольку именно от характера ВКБ и ВКЗ ребёнка (как более «глобального», по сравнению с ВКБ, психологического новообразования), а также от характера представлений родителей о здоровье и болезни ребёнка, от родительских представлений о нормативах здорового образа жизни будет зависеть включённость ребёнка в систему реабилитационных и профилактических мероприятий.
- 4) В ситуации часто повторяющихся простудных и вирусных заболеваний ребёнка формирующиеся у родителей представления о состоянии его здоровья могут — в силу действия целого ряда психологических факторов — иметь искажённый характер, с переоценкой или недооценкой родителями тяжести состояния ребёнка, с неверной оценкой возможного вклада различных биологических, психологических и социальных факторов в состояние его здоровья. Формирующаяся в условиях болезни ребёнка стилистика детско-родительских отношений и отражающаяся в ней специфика представлений родителей о болезни ребёнка могут выступить в качестве важнейших факторов формирования у ребёнка ВКБ и ВКЗ, обладающих качествами дефицитарности, с неверным отражением происходящего.
- 5) В силу перечисленных выше причин ВКЗ часто и редко болеющих детей будут качественно различаться по содержанию входящих в них компонентов.

Рассуждая в обозначенной логике, допустимо предположить, что характер детско-родительских отношений и семейных отношений будет выступать в качестве важнейших факторов, влияющих на становление ВКЗ ребёнка, а также опосредующих связь между ВКЗ ребёнка и частотностью простудных и вирусных заболеваний. На чём базируется подобное допу-

щение? Во-первых, именно в семье, при освоении семейных традиций и ценностей, происходит становление ВКЗ дошкольников и младших школьников. Во-вторых, во многом именно от слаженности работы семейной системы зависит то, насколько клинически грамотно и психологически комфортно будет организован процесс лечения и восстановления заболевшего ОРЗ ребёнка. Следовательно, специальную задачу должно составить изучение особенностей межличностных отношений в семьях часто болеющих детей с целью разработки научно обоснованных программ психологической помощи не только больному ребёнку, но, возможно, и всей семье.

Целью данного исследования стало изучение стилей детско-родительских отношений в семьях часто болеющих детей, а также представлений детей о качестве межличностных отношений в их семьях как важнейшем показателе психологического благополучия семьи.

Дополнительную актуальность представляемому ниже эмпирическому исследованию добавляет такой факт, что это, по сути дела, первое (или одно из первых) в нашей стране психологическое исследование, где в качестве эмпирической группы выступили дети, болеющие ОРЗ восемь и более раз в году, и их родители. Это произошло потому, что в последние пять лет нормативы отнесения детей к группе часто болеющих детей изменились: часто болеющими теперь признаются дети, перенёвшие восемь и более ОРЗ в течение года [13, 23], а не более четырёх, как это было ранее [2, 3, 23]. И эта новая группа часто болеющих детей и их родителей остаётся сегодня практически не изученной с психологической точки зрения.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 200 человек. Из них часто болеющие дети (группа 1) — 50 человек (29 мальчиков и 21 девочка), редко болеющие дети (группа 2) — 50 человек (26 мальчиков и 24 девочки) и их родители, по 50 человек в каждой груп-

Таблица 1

Характеристика выборки исследования (дети)

Характеристика выборки исследования		Дети (N = 100)	
		часто болеющие (N = 50) Группа 1	редко болеющие (N = 50) Группа 2
Средний возраст		9,2 ± 1,4	8,9 ± 1,2
Пол	Женский	21 (42,0%)	24 (48,0%)
	Мужской	29 (58,0%)	26 (52,0%)

Таблица 2

Характеристика выборки исследования (родители)

Характеристика выборки исследования		Родители детей (N = 100)	
		часто болеющих детей (N = 50) Группа 1	редко болеющих детей (N = 50) Группа 2
Средний возраст		38,6 ± 8,2	36,8 ± 9,3
Пол	Женский	44 (88%)	39 (78%)
	Мужской	6 (12%)	11 (22%)

пе. Данные о социально-демографических характеристиках респондентов представлены в табл. 1 и 2. Все дети, принявшие участие в исследовании, учились во втором или третьем классах общеобразовательных школ. Первоклассники и учащиеся выпускных классов в исследование не включались с целью устранения возможного влияния на получаемые результаты дополнительных факторов, вызывающих тревогу. В группу часто болеющих вошли дети, перенесшие в течение последнего года восемь и более ОРЗ, заболеваний ЛОР-органов, верхних и нижних дыхательных путей. В группу редко болеющих вошли дети, перенесшие менее четырех заболеваний в течение последнего года. Все дети воспитывались в полных семьях.

Детей и их родителей обследовали во время посещения ими детских поликлиник Москвы. Все родители дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании их самих и их детей.

При обследовании детей были использованы следующие методики: (1) Структурированное клинико-психологическое

интервью детей об образе жизни, о представлениях о здоровом образе жизни и об отношениях в семье; (2) Методика «Фильм-тест» Рене Жилия [19]; (3) Кинетический рисунок семьи [7]. При обследовании родителей были использованы следующие методики: (1) Структурированное клинико-психологическое интервью об образе жизни и представлениях о здоровом образе жизни, об особенностях развития и состоянии здоровья детей, об особенностях отношений в семье; (2) Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), детский вариант [22].

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием группы методов. Для расчёта средних значений и стандартного отклонения, а также частот представленности признаков применялись методы дескриптивной статистики. Для статистического сравнения двух независимых выборок использовался простой непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для статистического сравнения двух показателей, характеризующих частоту признака, применялся критерий Фи-

Таблица 3

**Характеристики системы отношений часто и редко болеющих детей
и связанных с ней личностных особенностей (по данным обследования детей)**

Шкалы	Часто болеющие дети, N = 50 (Me ± SD)	Редко болеющие дети, N = 50 (Me ± SD)	Уэмп	Значимость различий
1. Отношение к матери	50,76 ± 10,21	56,59 ± 13,44	985	0,138
2. Отношение к отцу	24,01 ± 9,26	43,85 ± 12,67	855,5	0,006
3. Отношение к родительской чете	39,27 ± 10,16	49,22 ± 13,92	872,5	0,008
4. Отношение к братьям / сёстрам	17,16 ± 9,02	18,44 ± 8,83	1172	0,278
5. Отношение к бабушкам / дедушкам	19,58 ± 8,94	17,38 ± 8,24	1310	0,872
6. Отношение к другу / подруге	17,07 ± 9,15	18,69 ± 8,15	1311,5	0,882
7. Отношение к учителю	18,52 ± 8,57	20,63 ± 8,43	837,5	0,018
8. Любознательность	27,92 ± 15,66	49,66 ± 14,72	568,5	0,001
9. Общительность в группе	19,68 ± 12,77	22,38 ± 11,86	837	0,028
10. Лидерство	21,47 ± 8,51	24,55 ± 7,67	568,5	0,001
11. Конфликтность	24,68 ± 9,62	24,27 ± 9,22	1316,5	0,908
12. Социальная адекватность поведения	33,67 ± 10,98	41,49 ± 11,21	594	0,001
13. Отгороженность	29,01 ± 11,16	23,83 ± 12,92	572,5	0,001

Примечание: Жирным шрифтом выделены достоверные различия между группами.

шера. Корреляционный анализ выполнялся с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования

Исследование межличностных отношений детей в семье и вне семьи выполнялось с использованием методики «Фильм-тест» Рене Жиля [19]. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Анализ данных показал, что для здоровых детей в системе межличностных отношений с окружающими наиболее значимы отношения с обоими родителями, при доминирующей роли отношений с матерью. Здоровые дети демонстрируют эмоциональную привязанность к обоим родителям, которых они воспринимают как родительскую чету.

Для часто болеющих детей также наиболее эмоционально значимыми являются отношения с родителями. Однако отношения с матерью оцениваются как досто-

верно более значимые по сравнению с отношениями с отцом, что отличает детей данной группы от детей из второй группы. В процессе беседы с часто болеющими детьми было показано, что в большинстве случаев отцов они описывают как более строгих (68,0%) по сравнению с матерями, а в ряде случаев — как «злых» (12,0%). Кроме того, эти дети имеют более низкие показатели по шкале восприятия родителей как четы ($p < 0,01$), а также по шкале значимости отношений с учителем ($p < 0,05$), по сравнению с практически здоровыми детьми. При этом дети обеих групп не различаются между собой по значимости для них отношений с друзьями, а также с бабушками и дедушками (см. табл. 3).

Анализ также показал, что часто болеющие дети имеют значимо более низкие показатели по шкалам «Любознательность» ($p < 0,01$), «Общительность в группах» ($p < 0,05$), «Стремление к лидерству» ($p = 0,01$), «Социальная адекватность»

Таблица 4

Частота представленности симптомокомплексов оценки качества семейных отношений (по результатам выполнения методики «Кинетический рисунок семьи» часто и редко болеющими младшими школьниками)

Симптомокомплекс	Часто болеющие дети, N = 50 (%)	Редко болеющие дети, N = 50 (%)	$\Phi^*_{эмп}$	Значимость различий
Благоприятная семейная ситуация	12,0	42,0	2097	$P \leq 0,001$
Тревожность в семье	26,0	22,0	0,192	$P > 0,05$
Конфликтность в семье	24,0	16,0	2,553	$P \leq 0,01$
Чувство неполноценности в семейной ситуации	22,0	12,0	2,696	$P \leq 0,01$
Враждебность в семейной ситуации	16,0	8,0	1,909	$P \leq 0,01$

Примечание: Жирным шрифтом выделены достоверные различия между группами.

($p < 0,001$) и «Отгороженность» ($p = 0,01$), описывающим личностные особенности, важные, по мнению авторов методики, для эффективного построения межличностных отношений.

Второй методикой, используемой в данном исследовании для изучения особенностей семейных отношений в сравниваемых группах детей, стала проективная методика «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса и С. Кауфмана [4].

Были выделены пять симптомокомплексов, отражающих типы отношений детей к взаимодействию между членами семьи и видение ими своего собственного места в структуре семьи: (1) Благоприятная семейная ситуация, (2) Тревожность в семье, (3) Конфликтность в семье, (4) Чувство неполноценности в семейной ситуации, (5) Враждебность в семейной ситуации [4]. Данные о частотах выраженности указанных симптомокомплексов в обследованных группах детей представлены в табл. 4.

Анализ представленных в таблице 4 данных показал, что практически половина редко болеющих детей (42%) воспринимают взаимоотношения в своей семье как благоприятные.

В группе часто болеющих детей получена совсем иная картина. Только 12% школьников оценивают взаимоотношения в их семьях как благоприятные, что

значимо реже, чем в группе практически здоровых детей ($p \leq 0,001$). Наиболее часто встречаются оценки детей, описывающие семейные взаимоотношения как тревожные (26%), что не существенно больше, чем у детей второй группы ($p > 0,05$). При этом часто болеющие дети достоверно более часто, по сравнению с практически здоровыми детьми, характеризуют взаимоотношения в их семьях как более конфликтные ($p \leq 0,01$) и как вызывающие у них переживание чувства неполноценности ($p \leq 0,01$) (см. табл. 4).

Анализируя рисунки часто болеющих детей, можно заметить высокую представленность признаков, свидетельствующих о разьединённости членов семьи и низком уровне эмоциональных связей между ними, а также об отсутствии общности ребёнка с семьёй. В 26% случаев дети данной группы рисуют семью не в полном составе, что может интерпретироваться как показатель неблагополучия внутрисемейных взаимоотношений и/или негативного эмоционального отношения ребёнка или семьи в целом к кому-то из членов семьи. Анализ также показал наличие большой дистанции между членами семьи на рисунке (32% случаев), что традиционно интерпретируется как признак разобщённости. Дети данной группы достоверно чаще, чем их практически здоровые сверстники

Таблица 5

Сравнительный анализ результатов представленности типов семейного воспитания в группах родителей часто и редко болеющих детей

Шкалы	Родители часто болеющих детей, N = 50 (Me ± SD)	Родители редко болеющих детей, N = 50 (Me ± SD)	Uэмп	Значимость различий
Гиперпротекция	4,96 ± 1,67	4,02 ± 1,36	915,5	0,048
Гипопротекция	3,25 ± 1,12	2,16 ± 0,88	813	0,018
Потворствование	3,76 ± 0,94	2,21 ± 1,03	896	0,031
Игнорирование потребностей ребёнка	0,96 ± 0,29	0,83 ± 0,42	1168	0,816
Чрезмерность требований-обязанностей	1,51 ± 0,67	1,29 ± 0,32	1139,5	0,731
Недостаточность требований-обязанностей	2,37 ± 0,32	1,73 ± 1,06	1008	0,196
Чрезмерность требований-запретов	2,04 ± 0,53	1,1 ± 0,27	938	0,005
Недостаточность требований-запретов	1,66 ± 0,57	1,58 ± 0,48	1268	0,905
Чрезмерность санкций	1,55 ± 0,18	1,31 ± 0,73	1066,5	0,390
Минимальность санкций	2,72 ± 0,91	2,42 ± 0,99	1058	0,362
Неустойчивость стиля воспитания	1,67 ± 0,98	0,95 ± 0,64	903,5	0,041
Расширение сферы родительских чувств	2,92 ± 0,99	1,53 ± 0,77	896	0,009
Предпочтение детских качеств	1,55 ± 0,76	0,98 ± 0,42	1061	0,365
Воспитательная неуверенность родителя	2,21 ± 0,88	2,31 ± 0,47	1102	0,714
Фобия утраты ребёнка	2,15 ± 0,57	1,72 ± 0,68	1061	0,365
Неразвитость родительских чувств	1,64 ± 0,36	1,42 ± 0,34	1010	0,243
Проекция на ребёнка собственных нежелательных качеств	1,83 ± 0,79	1,56 ± 0,63	1078,5	0,423
Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания	1,6 ± 0,85	0,39 ± 0,07	911	0,049
Предпочтение женских качеств	1,85 ± 0,93	1,46 ± 0,19	1024	0,235
Предпочтение мужских качеств	0,65 ± 0,07	0,23 ± 0,03	979,5	0,129

Примечание: Жирным шрифтом выделены достоверные различия между группами.

(52% vs 16%, $p \leq 0,01$), изображают себя в стороне от других, что может интерпретироваться как переживание ими чувства отчуждённости. О последнем также свидетельствует наличие таких признаков,

как отсутствие ребёнка на рисунке (28% случаев) или же, напротив, изображение только его самого (12%). Часто болеющие дети, как правило, менее охотно приступали к рисованию; они с нежеланием пояс-

няли рисунок. Кроме этого, дети из данной группы достоверно чаще, чем редко болеющие (14% vs 6%, $p \leq 0,01$), не изображают на рисунках рот и глаза у членов семьи, в том числе и у себя, что может интерпретироваться как наличие коммуникативных проблем и избирательно-негативного отношения к отдельным членам семьи. 24% детей рисуют фигуры членов семьи без ног, что обычно интерпретируется как признак переживания нестабильности, отсутствия чувства устойчивости и наличия тревоги.

Изображения человеческих фигур изобилуют штриховкой и повторными обведениями линий (90% случаев), что свидетельствует об испытываемой тревоге. Наличие феномена микрографии при изображении себя на рисунке (36% детей данной группы) традиционно интерпретируется как показатель негативного самоотношения и возможного наличия депрессивных переживаний [4]. В 42% случаев дети оставляют рисунки чёрно-белыми (выполнены простым карандашом) или одноцветными — 18% случаев. Дети данной группы достоверно более часто показывают проективные знаки, свидетельствующие о наличии враждебности и агрессии в их семьях (36% vs 12%). В 24% случаев рисунки демонстрируют тесную связь между матерью и ребёнком при эмоциональном дистанцировании отца: ребёнок и мать изображены близко друг к другу, заняты общим делом, отец же изображается на достаточно большой дистанции от матери и ребёнка. В контрольной группе этот феномен встречается значимо реже (8%, $p \leq 0,01$). В 18% случаев по изображениям можно говорить о наличии детского эгоцентризма: семья изображена в полном составе, при этом она расположена вокруг ребёнка, который является центральным действующим лицом сюжета.

Таким образом, результаты обследования детей показали наличие значимых различий между группами часто и редко болеющих детей по параметрам оценки

этим детьми их межличностных отношений в различных социальных группах (включая семью), а также имплицитной оценки качества отношений в семье и своего места в семейной структуре.

Следующим этапом нашего исследования стал сравнительный анализ типов семейного воспитания, выявляемых при обследовании родителей часто и редко болеющих детей, данные о которых представлены в табл. 5.

Согласно полученным данным, в группе родителей часто болеющих детей, по сравнению с родителями второй группы, обнаружены достоверно более высокие показатели по таким типам семейного воспитания, как «Гиперпротекция» ($p < 0,05$), «Гипопротекция» ($p < 0,05$), «Потворствование» ($p < 0,05$), «Чрезмерность требований-запретов (доминирование)» ($p < 0,05$), «Неустойчивость стиля воспитания» ($p < 0,05$), а также по таким личностным проблемам родителей, которые они решают за счёт ребёнка, как «Расширение сферы родительских чувств» ($p < 0,01$) и «Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания» ($p < 0,05$). С максимальными числовыми и ранговыми значениями в группе родителей часто болеющих детей присутствуют стратегии «Гиперпротекция», «Потворствование», «Гипопротекция» и «Чрезмерность требований-запретов». Необходимо отметить, что черты указанных стилей воспитания и личностных особенностей присутствуют в данных семьях, но не достигают критических значений. Полученная статистика выраженности стилей дисгармоничного воспитания безусловно свидетельствует об общей дисгармонии отношений в семьях, где отмечены такие стили воспитания.

Корреляционный анализ показал наличие непротиворечивых и хорошо интерпретируемых содержательно статистически значимых связей имплицитных оценок детьми их семейной ситуации и преобладающих в их семьях стилей воспитания (статистически связаны более 30% анализируемых параметров). Причём это ка-

сается как редко, так и часто болеющих детей. Следовательно, правомочным будет заключение о том, что дети довольно тонко чувствуют «эмоциональный настрой» родительской семьи по отношению к себе и своему здоровью.

Обсуждение результатов

Полученные результаты показали, что стратегии воспитания, используемые родителями часто болеющих детей, оставаясь в пределах референсных значений, тем не менее являются более дисгармоничными по сравнению со стратегиями родителей практически здоровых детей. С наибольшей выраженностью в первой группе представлены такие стратегии, как «Гиперпротекция» (воспитание описывается родителями как центральное дело их жизни, они уделяют ребёнку очень много времени, сил и внимания), «Потворствование» (родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребёнка), «Гипопротекция» (ребёнок оказывается на периферии внимания родителя, до него «не доходят руки», родителю «не до него») и «Чрезмерность требований-запретов» (ребёнку предъявляются чрезмерные требования, ограничивающие его свободу и самостоятельность). Относительно меньшую выраженность при сравнении с этими стратегиями в группе, но всё же значимо большую, при сравнении с родителями из второй группы, в первой группе имеет стратегия, крайне психологически сложная для ребёнка, — «Неустойчивость стиля воспитания», при которой имеет место резкая смена приёмов воспитания, с переходом от очень строгого к либеральному и затем, наоборот: переход от значительного внимания к ребёнку к эмоциональному отвержению его родителями [22].

Содержательный анализ личностных особенностей родителей часто болеющих детей показывает выраженность таких черт, как «Расширение сферы родительских чувств» и «Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания».

О расширении сферы чувств, согласно принятой интерпретации, речь идёт в том случае, когда родители (чаще мать, реже отец), сами того чётко не осознавая, хотят, чтобы ребёнок, а позже подросток стал для них чем-то большим, нежели просто ребёнком; когда они испытывают бессознательное желание, чтобы ребёнок удовлетворил хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны быть удовлетворены в психологических отношениях супругов, — потребность во взаимной исключительной привязанности [11, 22]. Черта «Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания» эмпирически проявляется в соединении потворствующей гиперпротекции одного родителя с отвержением либо доминирующей гиперпротекцией другого. Как отмечают авторы методики, в этом случае воспитание нередко превращается в «поле битвы» конфликтующих родителей, где они получают возможность наиболее открыто выражать недовольство друг другом, руководствуясь «заботой о благе ребёнка» [22]. Характерное проявление данной стратегии — выражение недовольства воспитательными методами другого супруга. При этом легко обнаруживается, что каждого интересует не столько то, как воспитывать ребёнка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах [11, 22].

Показанная в нашем исследовании выраженность в семьях часто болеющих детей дисгармоничных стилей семейного воспитания в целом не противоречит данным, полученным в других исследованиях [5, 6, 15–17, 24]. Однако необходимо отметить, что соотнесение полученных нами результатов с данными других исследователей довольно затруднительно. С одной стороны, в числе опубликованных в нашей стране мы не встретили работ, в которых бы изучались дети, болеющие ОРЗ восемь и более раз в течение года. С другой стороны, нельзя не отметить большое разнообразие используемых разными авторами диагностических средств, что делает результаты, получаемые в раз-

ных исследованиях, сложно сопоставимыми и поднимает вопрос о возможном введении определённых стандартов психодиагностики в данной области.

При доминировании перечисленных выше стилей воспитания родители, как известно, склонны акцентировать болезненность ребёнка, вводя различные запреты и ограничения. Именно в силу наличия подобных стилей воспитания, а не только потому, что эти дети являются часто болеющими, они могут становиться менее контактными и общительными, более замкнутыми и скованными. В этом случае нереализованными в необходимом по возрасту объёме становятся учебная и игровая деятельности, а также общение со сверстниками. Невозможность удовлетворения этих значимых потребностей и ведущих форм деятельности, как известно, является мощнейшим источником тревоги ребёнка [10–12, 14, 17], наличие которой у болеющего ребёнка и так вполне объяснимо в силу наличия неприятных соматических проявлений и включённости в процесс лечения. Тревога, возникающая у болеющего ребёнка в силу целого ряда причин и достигающая высокого уровня выраженности, перестаёт выполнять свои адаптивные функции, ещё больше дестабилизируя и без того «шаткое» физическое и эмоциональное состояние этого ребёнка и вызывая новую соматизацию, и так по кругу.

Таким образом, можно говорить о формировании «порочного круга тревоги» в ситуации частых болезней ребёнка, с типичными для этих случаев феноменами соматизации тревоги и «бегством в болезнь» с целью извлечения «вторичной выгоды». Поскольку эти процессы ассоциированы с появлением дезадаптивных стилей воспитания в родительских семьях, правомочным также будет вывод о том, что неэффективное родительское отношение безусловно является одним из значимых факторов формирования высокой личностной тревожности у часто болеющих детей.

Как показали наши результаты, семьи с часто болеющим ребёнком имеют осо-

бую структуру, в которой тесная эмоциональная связь матери и ребёнка сочетается с психологическим дистанцированием отца и часто встречающимся при этом стилем вынесения конфликта между супругами в сферу воспитания. Этот результат нельзя считать принципиально новым. Скорее, наши данные лишь раз подтвердили, что подобная картина является типичной для семей, где есть часто болеющий ребёнок [12–14, 16, 17, 24] и что данная картина внутрисемейных взаимодействий уже в силу этого может быть названа дезадаптивной. Однако нам представляется крайне важным и новым, что данные о наличии подобной структуры детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих часто болеющих детей, получены одновременно как от родителей, так и от их детей. Допустимо предположить, что в этом случае правомочным будет заключение о том, что дети довольно тонко чувствуют «эмоциональный настрой» родительской семьи по отношению к себе и своему здоровью, что необходимо учитывать при организации психологической помощи таким семьям.

К настоящему времени в психологическом консультировании и семейной психотерапии описано достаточное число направлений и приёмов эффективной работы и грамотного психологического сопровождения детей, страдающих разными заболеваниями, и часто болеющих детей в том числе, а также семей, воспитывающих таких детей. В ряде исследований показаны хорошая терапевтическая эффективность и снижение показателей заболеваемости детей острыми респираторными заболеваниями и заболеваниями ЛОР-органов на фоне получения детьми психологической помощи [5, 6, 16].

Ещё одно направление, на реализацию которого считаем нужным обратить внимание, — это необходимость организации психопрофилактических и психокоррекционных вмешательств по вопросам здоровья, адресованных семье, с целью формирования у детей благоприятной ВКЗ уже

начиная с раннего возраста, не дожидаясь момента возникновения часто повторяющихся ОРЗ.

С нашей точки зрения, на данном этапе организации психологической помощи семье серьёзной задачей становится развитие «культуры здоровья» с целью формирования осознанного отношения к своему здоровью как у детей, так и у их родителей. «Мишенями» психологического воздействия в этой работе могут стать самооценка уровня здоровья, тревога о здоровье, мотивация здоровьесберегающей деятельности у детей и их родителей, а также поиск оптимальных путей взаимодействия родителей с их детьми. В контексте осуществления этой работы с клиентами психологических консультаций должны обсуждаться вопросы их представлений о понятии «здоровье», о стратегиях регуляции своего состояния и различных форм их деятельности, применение которых целесообразно для сохранения здоровья. Должны создаваться условия для поиска новых возможных моделей здоровьесберегающего поведения, для успешного функционирования детей и подростков в семейной и социальной среде, что окажет влияние, в том числе, и на их активность, направленную на поддержание здоровья. Для решения обозначенных задач крайне важно показать родителям, что их совместная терапия с ребёнком позволит многократно повысить эффективность психологической помощи, оказываемой ребёнку.

Заключение

В представленном исследовании получены результаты, позволяющие сделать заключение об эмоциональном неблагополучии многих часто болеющих детей, о наличии напряжения в семейном взаимодействии и дисгармонии отношений в семьях, воспитывающих часто болеющих детей. Очевидно, что наличие таких особенностей социальной ситуации развития этих детей с высокой степенью вероятности может оказывать искажающее воздействие на психическое и психосоматическое

развитие этих детей, формируя «порочный круг тревоги» и тем самым создавая психологически благоприятные условия для соматизации тревоги ребёнка и возникновения у него феномена «ухода в болезнь».

Полученные результаты позволяют заключить, что в случае частой заболеваемости ребёнка ОРЗ крайне целесообразной рекомендацией его родителям со стороны врачей будет прохождение психологического обследования. Причём в этом случае в прохождении диагностики и, возможно, в последующем получении психологической помощи будет нуждаться вся семья, а не только часто болеющий ребёнок.

Результаты исследования обосновывают необходимость достаточно оперативной организации психологических исследований семей, воспитывающих часто болеющих детей, с целью разработки научно обоснованных программ психологической помощи таким семьям. Данная помощь, в частности, может быть направлена на проработку стилей семейного воспитания. Представленные в данном исследовании эмпирические результаты могут лечь в основу разработки программы психологического сопровождения семей часто болеющих детей, которая позволит нормализовать внутрисемейные отношения и создать оптимальные условия для успешного психологического и психосоматического развития таких детей, а также для повышения уровня их соматического здоровья.

Приближается к своему завершению 2024 г., объявленный в Российской Федерации годом семьи. Очень хочется призвать медицинскую общественность и государственные структуры обратить внимание на семьи, где есть часто болеющие дети. Семьи с часто болеющими детьми — это серьёзная социальная и психологическая проблема. Психологическая наука и практика в нашей стране являются достаточно зрелыми, и они готовы включиться в работу по решению данной проблемы [7–9, 17, 20, 21, 24].

ЛИТЕРАТУРА

1. Авезова Г.С., Косимова С.М. Часто болеющие дети: распространённость и факторы риска // European Research. 2017. № 5 (28). С. 79–80.
2. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинические и социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов: Изд-во Саратовского медуниверситета, 1986.
3. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. Т. 2. С. 116–125.
4. Бернс Р.С., Кауфман С.Х. Кинетический рисунок семьи: введение в понимание детей через кинетические рисунки. М.: Смысл, 2003.
5. Доманецкая Л.В. Родители и часто болеющий ребёнок: общение в контексте психосоматического подхода. Красноярск: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2013.
6. Дубовик Е.Ю. Особенности проявления тревожности в детско-родительских отношениях часто болеющим ребёнком дошкольного возраста // Вестник Красноярского гос. пед. ун-та им. В.П. Астафьева. 2006. № 1. С. 134–140.
7. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований // Национальный психологический журнал. 2011. № 1 (5). С. 42–49.
8. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. 2014. № 5. С. 31–42.
9. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского—А.Р. Лурия // Национальный психологический журнал. 2012. № 2 (8). С. 32–45.
10. Карабанова О.А. В поисках оптимального стиля родительского воспитания // Национальный психологический журнал, 2019. Т. 35. № 3. С. 71–79.
11. Карабанова О.А. Возрастная психология. Конспект лекций. М.: Айрисс-пресс, 2005.
12. Коваленко Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребёнка с бронхиальной астмой: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1998.
13. Морозов С.Л. Часто болеющие дети. Современный взгляд педиатра // РМЖ. Медицинское обозрение. 2019. Т. 8. № 3. С. 7–9.
14. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.
15. Первичко Е.И., Митина О.В., Шишкова И.М. Апробация русскоязычной версии методики «Краткий опросник тревоги о здоровье» на выборке детей школьного возраста. Вопросы психологии // Вопросы психологии. 2022. Т. 68. № 6. С. 99–122.
16. Романцов М.Г. Часто болеющие дети: медико-психологическое сопровождение, оздоровление и адаптация к образовательному учреждению // Вестник науки и образования. 2016. № 8 (20). С. 74–80.
17. Руководство по психологии здоровья / Под ред. А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2019.
18. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
19. Федотова Ю.Ю. Практическое руководство по применению методики «Фильм-тест» Рене Жилия: Методические указания. Владивосток: Изд-во МГУ им. адм. Г.И. Невельского, 2004.
20. Цветкова Л.А. Групповая работа со школьниками: учебное пособие. 2-е изд., перераб. СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2021.
21. Цветкова Л.А., Антонова Н.А., Ерицян К.Ю. Профилактические проекты в сфере здоровья: разработка, внедрение, оценка эффективности: учебное пособие. СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2018.
22. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008.

23. Bartlett J.G. Management of respiratory tract infection; 3rd ed. Philadelphia, 2001. Pp. 178–182.
24. Pervichko E.I., Shishkova I.M. (2020). The Impact of Family on Children's Attitude toward Health // Psychology in Russia: State of the Art. № 13 (1). Pp. 147–160. DOI: 10.11621/pir.2020.0112.

The Psychological Well-being of the Modern Family as the Main Factor in Children's Health

Yuri Petrovich Zinchenko – Member of the Russian Academy of Education; DSc (Psychology); Dean, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU).

E-mail: zinchenko_y@mail.ru

Elena Ivanovna Pervichko – DSc (Psychology); Associate Professor, Department of Neuropsychology and Abnormal Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU).

E-mail: elena_pervichko@mail.ru

The purpose of the study was to examine the styles of parent-child relationships in families of frequently ill children, as well as children's ideas about the quality of interpersonal relationships in their families, as the most important indicators of the psychological well-being of a family with a frequently ill child. The study involved 50 frequently ill primary school children (average age 9.2 ± 1.4 years) and 50 rarely ill primary school children (average age 8.9 ± 1.2 years), along with their parents (50 participants in each group). The findings revealed that only 12% of frequently ill children viewed their family relationships as positive, which is significantly lower than in the group of rarely ill children. The most common assessments from frequently ill children described their family dynamics as anxious. Compared to the healthy group, frequently ill children were more likely to describe their family relationships as conflict-ridden, leading to feelings of inadequacy. Additionally, parents of frequently ill children exhibited higher levels of dysfunctional parenting styles, such as overprotection, underprotection, indulgence, excessive demands and prohibitions (domination), and inconsistency in parenting. These findings indicate a general disharmony in family relationships among families with frequently ill children. The results underscore the importance of conducting further psychological research on families raising frequently ill children, with the aim of developing scientifically-based psychological support programs. The authors emphasize that families with frequently ill children represent a significant social and psychological challenge, and that psychological science and practice in Russia are well-equipped to address this issue.

Keywords: family mental well-being, frequently ill children, anxiety, parenting styles, interpersonal relationships

REFERENCES

1. Avezova G.S., Kosimova S.M. Chasto boleyushchie deti: rasprostranyonnost' i faktory riska // European Research. 2017. № 5 (28). S. 79–80 (in Russian).
2. Al'bitskii V.Yu., Baranov A.A. Chasto boleyushchie deti. Klinicheskie i sotsial'nye aspekty. Puti ozdorovleniya. Saratov: Izd-vo Saratovskogo meduniversiteta, 1986 (in Russian).
3. Arina G.A., Kovalenko N.A. Chasto boleyushchie deti. Kakie oni? // Shkola zdorov'ya. 1995. T. 2. S. 116–125 (in Russian).
4. Berns R.S., Kaufman S.Kh. Kineticheskii risunok sem'i: vvedenie v ponimanie detei cherez kineticheskie risunki. M.: Smysl, 2003 (in Russian).

5. Domanetskaya L.V. Roditeli i chasto boleyushchii rebyonok: obshchenie v kontekste psikhosomaticheskogo podkhoda. Krasnoyarsk: Krasnoyar. gos. ped. un-t im. V.P. Astaf'eva, 2013 (in Russian).
6. Dubovik E.Yu. Osobennosti proyavleniya trevozhnosti v detsko-roditel'skikh otnosheniyakh chasto boleyushchim rebyonkom doskol'nogo vozrasta // Vestnik Krasnoyarskogo gos. ped. un-ta im. V.P. Astaf'eva. 2006. № 1. S. 134–140 (in Russian).
7. Zinchenko Yu.P. Metodologicheskie problemy fundamental'nykh i prikladnykh psikhologicheskikh issledovaniy // Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal. 2011. № 1 (5). S. 42–49 (in Russian).
8. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I., Tkhostov A.Sh. Metodologicheskie osnovy i zadachi psikhologicheskoi reabilitatsii onkologicheskikh bol'nykh // Vestnik vosstanovitel'noi meditsiny. 2014. № 5. S. 31–42 (in Russian).
9. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. Postneklassicheskaya metodologiya v klinicheskoi psikhologii: nauchnaya shkola L.S. Vygotskogo—A.R. Luriya // Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal. 2012. № 2 (8). S. 32–45 (in Russian).
10. Karabanova O.A. V poiskakh optimal'nogo stilya roditel'skogo vospitaniya // Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal, 2019. T. 35. № 3. S. 71–79 (in Russian).
11. Karabanova O.A. Vozrastnaya psikhologiya. Konspekt lektsii. M.: Airiss-press, 2005 g. (in Russian).
12. Kovalenko N.A. Emotsional'nyi i telesnyi opyt rebyonka s bronkhial'noi astmoi: Dis. ... kand. psikholog. nauk. M., 1998 (in Russian).
13. Morozov S.L. Chasto boleyushchie deti. Sovremennyy vzglyad pediatria // RMZH. Meditsinskoe obozrenie. 2019. T. 8. № 3. S. 7–9 (in Russian).
14. Nikolaeva V.V. Vliyaniye khronicheskoi bolezni na psikhiku. Psikhologicheskoe issledovanie. M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1987 (in Russian).
15. Pervichko E.I., Mitina O.V., Shishkova I.M. Aprobatsiya russkoyazychnoi versii metodiki «Kratkii oprosnik trevogi o zdorov'e» na vyborke detei shkol'nogo vozrasta. Voprosy psikhologii // Voprosy psikhologii. 2022. T. 68. № 6. S. 99–122 (in Russian).
16. Romantsov M.G. Chasto boleyushchie deti: mediko-psikhologicheskoe soprovozhdenie, ozdorovlenie i adaptatsiya k obrazovatel'nomu uchrezhdeniyu // Vestnik nauki i obrazovaniya. 2016. № 8 (20). S. 74–80 (in Russian).
17. Rukovodstvo po psikhologii zdorov'ya / Pod red. A.Sh. Tkhostova, E.I. Rasskazovoi. M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 2019 (in Russian).
18. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti. M.: Smysl, 2002 (in Russian).
19. Fedotova Yu.Yu. Prakticheskoe rukovodstvo po primeneniyu metodiki «Fil'm-test» Rene Zhilya: Metodicheskie ukazaniya. Vladivostok: Izd-vo MGU im. adm. G.I. Nevel'skogo, 2004 (in Russian).
20. Tsvetkova L.A. Gruppovaya rabota so shkol'nikami: uchebnoe posobie. 2-e izd., pererab. SPb: Izd-vo RGPU im. A.I. Gertsena, 2021 (in Russian).
21. Tsvetkova L.A., Antonova N.A., Eritsyan K.Yu. Profilakticheskie proekty v sfere zdorov'ya: razrabotka, vnedrenie, otsenka effektivnosti: uchebnoe posobie. SPb: Izd-vo RGPU im. A.I. Gertsena, 2018 (in Russian).
22. Eidemiller E.G., Yustitskis V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i. 4-e izd. SPb.: Piter, 2008 (in Russian).
23. Bartlett J.G. Management of respiratory tract infection; 3rd ed. Philadelphia, 2001. Pp. 178–182.
24. Pervichko E.I., Shishkova I.M. (2020). The Impact of Family on Children's Attitude toward Health // Psychology in Russia: State of the Art. № 13 (1). Pp. 147–160. DOI: 10.11621/pir.2020.0112.