

УДК 159.99

Практическая психология

Лукьянова М.М., Фомина Н.В., Исаченкова О.А.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ НА ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА В БОЛЕЗНИ

В статье обоснована необходимость и продемонстрированы возможности специально сформированной психокоррекционной программы, направленной на изменение поведения в болезни детей, находящихся на стационарном лечении по поводу гастроэнтерологической патологии. Ставится проблема формирования субъектной позиции ребенка как пациента, от активности и понимания своей болезни которого будет зависеть успех лечения. Уточнены общие принципы и организации психокоррекционной программы для детей и подростков с гастроэнтерологической патологией. Подчеркивается, что дети с гастроэнтерологическими заболеваниями имеют ряд осложнений психозмоциональной сферы, выявлен тревожный радикал по поводу отношения к болезни, а также социальной ситуации, связанной с ней. Отмечаются сдвиги во внутренней картине болезни детей и подростков на уровне когнитивного, эмоционального и поведенческого компонента после проведения психокоррекционных мероприятий, воплощающиеся в характере информационной активности, улучшения общего психозмоционального фона, характера социального взаимодействия.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, поведение ребенка в болезни, психокоррекционная программа

THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION PROGRAM ON THE BEHAVIOR OF THE CHILD IN SICKNESS

Lukyanova M.M., Fomina N.V., Isachemkova O.A.

The article substantiates the necessity and demonstrates the possibilities of a specially formed psychocorrective program aimed at changing the behavior in the illness for children, undergoing inpatient treatment for gastroenterological pathology. The problem of forming the subject position of the child as a patient is being stated, the success of treatment will depend on the activity and understanding of his illness. The general principles and organization of the psycho-corrective program for children and adolescents with gastroenterological pathology have been clarified. It is emphasized that children with gastroenterological diseases have a number of complications in the psychoemotional sphere, an anxietying radical is revealed about the attitude to the disease, as well as the social situation associated with it. There are shifts in the internal picture of the disease of children and adolescents at the level of cognitive, emotional and behavioral component after carrying out psycho-corrective measures, embodied in the nature of information activity, improving the general psycho-emotional background, the nature of social interaction.

Keywords: internal picture of the disease, the behavior of the child in illness, psychological intervention program

Одной из сложных жизненных ситуаций, в которую неизбежно попадает каждый человек, является болезнь. Известно, что серьезные хронические, а тем более, инкурабельные заболевания, негативно отражаются на личности и ее жизнедеятельности, нанося тяжелую психологическую травму не только самому больному, но и его близкому окружению. Особенно сложно такую ситуацию переживают дети. Болезнь входит в унисон с самим понятием детства, которое привычно ассоциируется с радостью, счастьем, беззаботностью. Она заставляет ребенка иначе воспринимать мир, иначе вести себя, лишаясь привычных детских забав и удовольствий. Ребенок может сталкиваться с противоречиями между стремлением осуществить какую-либо важную для него деятельность и возникшими преградами, определяемыми ситуацией болезни [11]. Следовательно, хроническая болезнь,

так или иначе, ставит ребенка в дефицитарную социальную ситуацию развития, часто приводит к дезадаптации и негативным психоэмоциональным состояниям. То, какое влияние окажет болезнь на формирование личности ребенка во многом определяется особенностями и тяжестью болезни, качеством взаимоотношений в семье, отношения родителей к болезни ребенка, а также психологическими особенностями личности самого ребенка [4,5].

В нашем исследовании приняли участие дети, страдающие серьезными хроническими заболеваниями иммунного генеза и связанные с гастродуоденальной патологией. В настоящее время во всем мире отмечается рост подобных заболеваний у детей и взрослых в следствии высокой стрессорности жизни, на которую организм реагирует нарушениями желудочно-кишечного тракта.

В клиничко-психологической литературе показано, что у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдает прежде всего психоэмоциональная сфера (Ю.Ф. Антропов, Ф.В. Белоусов, Д.Н. Исаев, С.В. Воликова, О.Ф. Макарова; Я.С. Циммерман, А.Ю. Шевченко и др.). Так, в исследованиях М.П. Билецкой что у детей с гастродуоденитом значимо ниже, чем у здоровых детей, проявляется уровень интереса, радости, удивления и выше - горя, отвращения, вины. Они отличаются повышенной тревожностью, в связи с частотой госпитализации имеют малый круг общения, становятся эмоционально чувствительными и эмоционально зависимыми. По «Шкале эмоционального состояния» отмечено, что дети с гастродуоденитом характеризуются пониженным настроением, наличием тревоги и страхов, пониженной самооценкой. Для них характерна слабость Сверх-Я, которая выражается в легкомысленности, незрелости, непостоянности, расслабленности, что может быть следствием частых обострений и госпитализаций [3]. Е.Г. Филякова, изучая образ Я детей, страдающих гастродуоденальной патологией, выявила в нем следующие особенности: неадекватная самооценка, «слипание» уровней самооценки (идеальной и актуальной, потенциальной и актуальной, идеальной и потенциальной одновременно), внутренняя диссоциация между различными уровнями самооценки; негативное, конфликтное или ригидное самоотношение; трудности процесса целеполагания; неблагоприятный прогноз развития личностных качеств (изменение смыслового будущего больных подростков); нарушение саморегуляции [12].

Н.Д. Малиновская отмечает, что для детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта характерны выраженные нарушения эмоциональной сферы, проявляющиеся в повышенной агрессивности, в том числе аутоагрессии, более выраженной депрессивной симптоматики, повышенной личностной тревожности [9]. На основании клинических наблюдений Ю.Ф. Антроповым выведены закономерности проявления депрессии в клинике психосоматических заболеваний у детей и подростков с гастродуоденитом. Для всех больных характерно снижение настроения, в большинстве случаев - слабо выраженное,

редко - умеренное, и крайне редко - выраженные депрессивные реакции на психотравмирующие ситуации с уменьшением, как правило, при этом степени выраженности соматических нарушений. Мало выраженная депрессия отмечается почти у 90% больных, лишь у 3,1% это скрытая депрессия и у остальных - субдепрессивное состояние, умеренная же депрессия представлена более чем в 10% случаев [1]. Таким образом, в литературе существует достаточное количество данных, подтверждающих наличие как некоторых особенностей эмоционального реагирования и детей с гастродуоденальной патологией, так и выраженных эмоциональных нарушений.

Изучение психосоматических изменений психики важно как с точки зрения понимания механизмов формирования клинической картины болезни, так и обоснования психокоррекционных и профилактических мер, направленных на оптимизацию ее лечения. По мнению ряда авторов, проблемы сопряжены с тем, что «дети в силу своего малого жизненного опыта и знаний не могут адекватно оценить ситуацию болезни и лечения» [2]. У детей в оценке болезни явно «преобладает эмоциональный компонент, ... а степень сформированности представлений о болезни и здоровье находится на начальном уровне» [8].

Ситуация осложняется еще и недостаточной информированности в силу возраста ребенка о своем заболевании. А для того, чтобы стать сотрудником врачей в лечении болезни, лучше адаптироваться в ситуации тяжелого заболевания, нужны некоторые соотносимые с возрастом и мышлением ребенка знания о своем заболевании

По нашему мнению, огромную роль в этой связиможет играть специалист-психолог, работающий в клиническом учреждении и служащий посредником между болезнью и ребенком; болезнью-ребенком и его семьей; ребенком, семьей и медицинским персоналом. Грамотно организованное психологическое сопровождение больного ребенка поможет ему не только справиться с ситуацией болезни, принять ее как жизненный факт, с которым придется считаться, но и позитивно повлиять на процесс лечения болезни. Важнейшая задача – обеспечить собственную активность ребенка в лечении болезни, сформировать ответственную позицию себя как пациента.

Проведенное нами исследование было выполнено на базе ФГБУ «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии» Минздрава России с февраля по ноябрь 2017 г. Выборку составили 25 детей и подростков в возрасте от 8 до 12 лет. Все дети проходили стационарное лечение по поводу обострения или манифестации хронического гастрита, гастродуоденита, неспецифического язвенного колита, болезни Крона как основного заболевания. В целом, выборочная совокупность является репрезентативной, так как выровнена по типу заболевания, по объему и по возрасту респондентов.

Цель нашего исследования – рассмотрение влияния специально организованной психокоррекционной работы на изменение поведения ребенка, страдающего гастродуоденальной патологией, в болезни и ситуации ее лечения.

Гипотеза исследования состояла в следующем: специально организованная психокоррекционная работа, направленная на развитие личностного потенциала ребенка, страдающего гастродуоденальной патологией, приведет к динамике в проявлениях когнитивного, эмоционального, поведенческого компонентов отношения ребенка к болезни, что позволит ребенку совладать с трудностями, вызванными данной ситуацией, а также обеспечит лучшее усвоение терапевтического воздействия.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были выбраны следующие **методы и методики**. Ведущим методом исследования обозначен формирующий эксперимент. В качестве методов, констатирующих изменения, были выбраны следующие 1) авторская методика «Карта наблюдения врача за пациентом – больным ребенком», 2) многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (детский вариант); 3) методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ). Для обработки результатов использовались статистические методы анализа данных: для определения достоверности динамики и статистических различий между показателями был использован Т-критерий Стьюдента. Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета «STATISTICA 7.0».

Результаты и их обсуждение.

Для детей и подростков, находящихся на лечении в стационаре по поводу ведущего гастроэнтерологического заболевания, была проведена специально разработанная психокоррекционная программа, которую осуществляли опытные психологи, имеющие специализацию в области клинической психологии. В этой связи, мы разделяем мнение Р. Кархафа, которое состоит в том, что ядром психологической помощи больному ребенку кроме роджерсовской эмпатии, уважения, внимания, подлинности, является еще и конкретность, т.е. способность быть определенным к заявлениям клиента. Следовательно, помощник сам должен быть обучен, чтобы быть способным обучить клиента (что не всегда одно и то же) серьезным жизненным навыкам и стратегиям борьбы с трудностями, возникающими в болезни. Помощники, не обладающие выявленными качествами, не только не эффективны, но и могут ухудшить состояние клиента [2]. Целью данной работы является развитие личностного потенциала и оптимизация поведения ребенка в болезни. Большое внимание уделялось гармонизации психоэмоционального состояния ребенка в стационаре клиники, что крайне важно для восстановления внутренней целостности личности.

На первом этапе реализации программы проводилась диагностика самого ребенка, его отношения к болезни, мотивации к лечению, личностных характеристики т.п., также

проводился опрос родителей и медицинского персонала (врачей и медицинских сестер), работающих с ребенком. На втором этапе осуществлялась групповая и индивидуальная психотерапевтическая работа, главный акцент которой – психологическая помощь личности ребенка и подростка в переосмыслении ситуации болезни и изменения отношения к ней, а также были организованы специальные занятия, направленные овладение способами совладания со сложной ситуацией болезни. К данной работе привлекались родители, многие из которых находились в условиях стационара вместе с детьми. На третьем этапе осуществлялась вторичная диагностика, позволяющая зафиксировать изменения, происходящие с ребенком.

Методологическими принципами построения программы работы с детьми являются базовые принципы психологической коррекции[10], получившие преломление через методологию феноменологического подхода с учетом закономерностей психического онто и соматогенеза. К ним относятся следующие принципы:

1. *Принцип комплексности.* Он предполагает в данном случае сочетающуюся работу коллектива медиков и клинического психолога. Фармакологическое и физиотерапевтическое лечение и основного соматического заболевания и все другие мероприятия, из чего складывается жизненный фон пациента в стационаре, необходимо должен учитываться в процессе психологической диагностики и коррекции. В этом случае удастся корректировать объективный фон, связанный с течением заболевания, и субъективные переживания, которые испытывает ребенок.

2. *Принцип единства диагностики и коррекции* в полной мере сохраняет свою значимость: как в процессе психологической диагностики заложен большой психокоррекционный потенциал, так и каждый «шаг» предполагает постоянный мониторинг состояния другого и своего собственного, на основе чего «взвешивается» необходимость и возможность следующего «шага».

3. *Принцип личностного подхода:* взаимодействие осуществляется с учетом всей индивидуальной сложности личности пациента.

4. *Принцип деятельностного подхода* требует некоторого расширения. Поскольку основной категорией становится не деятельность, а *переживание*, то можно сформулировать такой подход, как «опора на непосредственное переживание», которое возникает в ситуации взаимодействия и те формы, в которых оно стремится быть выраженным пациентом, в том числе как в различных видах деятельности, так и «бездеятельности». При этом принцип деятельностного подхода находит себя в том, что приемы, применяемые в психологической коррекции, используют те виды деятельности, которые, с одной стороны, опираются на доступные для данного возраста знаково-символические формы опосредствования переживаний, а с другой стороны, на еще не доступные, но необходимые для дальнейшего

развития формы опосредствования («зону ближайшего развития»). Например, ребенок охотно рисует свои переживания по поводу какого-то события, но испытывает затруднения в том, чтобы как-то называть их. Он может говорить на языке образов конкретных предметов, но испытывает затруднения в использовании более абстрактных образов. Тогда можно, как это показано в технике письменного диалога совершать постепенный переход от конкретных образов к более абстрактным, и далее - к все более насыщенной вербальной передаче своих переживаний. При этом важно сохранить и не подавлять индивидуальные особенности пациента в предпочитаемых им способах выражения переживаний.

5. *Принцип психологической коррекции «сверху вниз»* также немного видоизменяется. Важным становится пониманием самим пациентом своего потенциала, своей будущей возможности, важно, чтобы у него внутри «вызрела» необходимость этого движения. Но для этого необходимо предваряющее осознание важности и значимости того переживания, которое есть сейчас. Сильная тревога или затянувшееся депрессивное настроение есть для чего-то, они несут в себе какое-то важное значение для самого человека, и важно прожить тревогу или депрессию до конца, важно «перейти через нее», а не вернуться обратно, только тогда будет возможно движение вперед.

Наиболее значимыми приемами, которые могут быть осуществлены в психокоррекционной работе со страдающими гастрозаболеваниями детьми школьного возраста, являются методы арт-терапии и сказкотерапии, а также приемы, в большей мере использующие вербальное знаково-символическое опосредование. К таковым относятся: устный и письменный диалог. Общее количество встреч определялось временем нахождения в стационаре (три недели и более) - в среднем 7 – 10 встреч (без учета диагностики). Заметим, что большинство проходивших программу детей находятся в стационаре не менее двух раз в год, что давало возможность повторного вхождения в программу.

Сравнение показателей в группах, условно названных «До психокоррекции» и «После психокоррекции» проводилось с помощью Т-критерия Стьюдента. В таблице 1 представлены только значимые результаты, полученные до и после проведения психокоррекционной работы с детьми и подростками, находящимися на лечении в стационаре.

Таблица 1 – Значимые различия в оценке поведения и типов отношения к болезни в группах детей с гастродуоденальной патологией «До психокоррекции» и «После психокоррекции»

Критерии оценки		До	После	Т-критерий	Уровень значимости
Отношение к болезни	Воспринимает болезнь как наказание	1,03	0,54	2,99	$P \leq 0,04$
Информационная активность по поводу заболевания	Запрашивает у врача информацию	0,99	1,40	-2,63	$P \leq 0,01$
Психоэмоциональное состояние ребенка	Эмоциональное состояние в целом позитивное	0,89	1,39	-3,20	$P \leq 0,002$

Эмоц. состояние ребенка как реакция на госпитализацию	Спокойно воспринимает факт госпитализации	1,09	1,45	-2,30	$P \leq 0,02$
Социальные контакты с родителями	Испытывает чувство вины, связанные с ценой лечения, болезнью	1,16	0,66	3,25	$P \leq 0,02$
Социальные контакты со сверстниками	Доброжелателен, ровные отношения	0,68	1,39	-5,75	$P \leq 0,00$
Переживания, связанные с будущим	Спокойно думает о будущем	1,07	1,62	-3,69	$p \leq 0,00$
Отношение к болезни по методике ТОБОЛ	Гармонический (Г)	3,32	5,57	-4,54	$P \leq 0,00$
	Эргопатический (Э)	3,12	4,33	-2,66	$P \leq 0,01$
	Анозогнозический (А)	3,40	4,90	-3,72	$P \leq 0,01$
	Тревожный (Т)	4,65	3,32	3,58	$P \leq 0,01$
Личностные качества по Кеттеллу	О – уверенность в себе - тревожность	8,30	11,13	-3,33	$P \leq 0,00$
	Q3 – низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	10,44	8,20	2,82	$P \leq 0,00$
	G- подверженность чувствам – высокая нормативность поведения	8,19	11,17	-3,69	$P \leq 0,00$

Дадим характеристику на основании значимых различий, полученных на этапах диагностического и формирующего среза.

В группе «До психокоррекции» показатели выше по субшкале «Отношение к болезни - о болезни знает и очень переживает, воспринимает болезнь как наказание, посланное свыше» (2,99; $p \leq 0,04$), «Социальные контакты ребенка с родителями - Испытывает чувство вины по отношению к родителям, т.к. из-за его болезни им приходится менять жизненные планы, больше работать, т.к. появились новые материальные проблемы» (3,25; $p \leq 0,02$). Заметим, что очень многие дети, несмотря на юный возраст, об этом говорили и отмечали тот факт, что семье стало труднее жить, т.к. родители вынуждены тратить большие средства на лечение ребенка, «Q3 - низкий самоконтроль - высокий самоконтроль» (2,82; $p \leq 0,00$), выявлен тревожный тип отношения к болезни» (3,58; $p \leq 0,01$), проявляющийся в беспокойстве, мнительности по поводу самой болезни и лечебных манипуляций.

После психокоррекции произошли значимые изменения по субшкале «Информационная активность по поводу своего заболевания» в ответе «Запрашивает у врача информацию по поводу своего заболевания, активно участвует в разговоре с врачом, задает вопросы по поводу заболевания» показатели стали выше (-2,63; $p \leq 0,01$). Врачи отметили, что детям стало легче говорить о болезни, после проведенных мероприятий увеличилось количество вопросов по поводу заболевания, лечения, т.е. их активность в данном плане увеличилась. Изменились показатели по шкале «Психоэмоциональное состояние ребенка - Эмоционально состояние в целом можно оценить позитивно, спокоен, общителен» (-3,20; $p \leq 0,02$). В ходе психокоррекции удалось добиться улучшения в реакции детей на госпитализацию – «К факту госпитализации относится спокойно, с пониманием» (-2,30; $p \leq 0,02$). Улучшились Социальные контакты со сверстниками – «Доброжелателен, общителен,

ровен в отношениях со сверстниками» (-5,75; $p \leq 0,00$), Изменились переживания, связанные с будущим – «Спокойно думает о будущем, строит планы на дальнейшую жизнь, образование, работу» (-3,69; $p \leq 0,00$). Данный факт говорит о том, что дети стали эмоционально более стабильны, с большей уверенностью смотрят в будущее, более контактны со сверстниками. В рамках совместной групповой деятельности развивались доверительные отношения, дети обменивались собственным опытом, создавалась атмосфера доброжелательного развивающего личностного общения. Выявлены изменения, которые произошли на уровне характеристик личности по методике Кеттелла («G - подверженность чувствам - высокая нормативность поведения» (-3,69; $p \leq 0,00$), «O - уверенность в себе - тревожность» (-3,33; $p \leq 0,00$)), что также свидетельствует о положительной динамике, обусловленной психотерапевтической и психокоррекционной деятельностью.

После проведения программы у детей и подростков доминирует гармонический тип отношения к болезни (-4,54; $p \leq 0,000$), который свидетельствует об адекватной оценке своего состояния, пациенты активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением социально-направленной деятельности. Выше стал эргопатический тип отношения к болезни (уход от болезни) (-2,66; $p \leq 0,01$) и анозогнозический тип отношения к болезни (-3,72; $p \leq 0,01$) – отбрасывание мыслей о болезни. Для взрослых людей с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием факта заболевания. У детей подобные типы отношения к болезни связаны с особенностями данного возраста, когда осознать тяжесть заболевания - очень сложная для психики ребенка задача. Эти дети продолжают обычный образ жизни, не соблюдают некоторых рекомендаций врача, требований диеты, режима. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволяет приблизить данный тип отношения к болезни к гармоничному типу.

Выводы

В ходе проведения исследования было установлено, что в ситуации госпитализации дети и подростки находятся в состоянии эмоциональной нестабильности, повышенной чувствительности к происходящему, что сказывается на отношении ребенка к болезни и лечению, а также всех сторонах жизнедеятельности ребенка, его взаимоотношениях с родителями, врачами, самоотношении. Ярко выражено чувство вины перед родственниками, мнительность, тревожность непрерывное беспокойство в отношении неблагоприятного

течения болезни, ее осложнений, трудностях в лечении. Дети не проявляли интереса к информации по поводу своего заболевания, не выстраивали доверительных отношений с врачом, напротив, чаще дистанцировались от врача.

Организация и проведение специальной психокоррекционной программы с элементами индивидуальной и групповой психотерапии позволяет добиться серьезных сдвигов на уровне поведения ребенка в болезни, что влечет за собой изменения в когнитивной, эмоциональной и мотивационной составляющей внутренней картины болезни, продуктивном изменении стиля реагирования на болезнь, ставит детей и подростков в позицию ответственного отношения к лечению болезни, формируется субъектная позиция пациента. После реализации программы психокоррекции у детей появилось понимание необходимости лечения. Желание вылечиться сопровождается уверенностью в том, что с болезнью можно совладать и решимостью жить дальше полноценной жизнью. Развитие уверенности в себе, коммуникативных и волевых качеств предупреждает формирование дезадаптивных форм поведения в болезни. Все это позволяет утверждать необходимость психологического сопровождения ребенка и его семьи в условиях клиники.

Литература

1. Антропов Ю.А. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. - СПб.: Речь, 2002. – 556с.
2. Баканова А.А., Королева Т.Ю. Психологическая помощь детям с онкологическими заболеваниями – СПб.: 2006 – 112 с.
3. Билецкая М.П., Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
4. Вахрушева И.А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями ЖКТ. Автореферат канд.дис. - СПб.: СПбГУ, 2004. – 18с
5. Вуколова Н.В. Ревматоидный артрит: соматопсихические и психосоматические аспекты заболевания // Рос. психиатр, журн. - 2000. – С.58-60.
6. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература. 1996. – 454 с.
7. Куртанова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: Дис. ... канд. психол. наук: Москва, 2004 – 170 с.
8. Лебедева О.В., Фомина Н.В. Отношение к соматическому здоровью как показатель развития психологического здоровья личности (на материале изучения различных возрастных групп испытуемых) // «Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского» - Н. Новгород, ННГУ, № 4(36), 2014. – С.50-59
9. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

10. Малиновская Н.Д. Результаты исследования психологического компонента структурного аттрактора болезни школьников // Психиатрия, 2005. – Т.6. – С.764-773.
 11. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: Сб. науч. тр. – Л., 1990. – 205с.
 12. Филякова Е.Г. Образ «Я» детей с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология) // Медицина. – 2000. – №4. – С.97 - 102.
-

Лукьянова Мария Михайловна, магистрант ФГБОУ ВО НГПУ им. К Минина, e-mail.ru:
Marfysha58@yandex.ru

Фомина Наталья Вячеславовна, канд. психол. наук, доцент кафедры практической психологии ФГБОУ ВО НГПУ им. К Минина, e-mail.ru: fominataly@yandex.ru

Исаченкова Ольга Александровна, канд. мед. наук, клинический психолог Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России e-mail.ru:
isachenkova@mail.ru